Rok XLVIII. Kraków, dnia 16. stycznia 1909. Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Empyema pulsans.

Napisał

Dr Stefan Rudzki.

Tętniący ropniak opłucnej *(empyema pulsans)* należy do bardzo rzadkich postaci chorobowych, tem ciekawszych, że powstanie jego nie jest dotychczas należycie wyjaśnione.

Samo istnienie tego »osobliwego« objawu — »merkwürdiges Phanomen« — jak go nazywa Osler-Hoke, — mianowicie ograniczone tętnienie klatki piersiowej przy wysięku opłucnej — znane już było dawnym lekarzom. Wspomina o niem w swych pracach jeszcze w XVI stuleciu słynny profesor paryski Ballonius (Guillaume Baillon 1538—1616), przyboczny lekarz królewski, który najkorzystniej odznaczył się w XVI wieku we Francyi na polu medycyny praktycznej (Haeser).

Dokładniejsze jednak opisy tego cierpienia zjawiły się dopiero na początku XIX stulecia.

Jeden z pierwszych przypadków podał w roku 1836 Bérard w pracy o błędach rozpoznawczych. Jest to opis tak charakterystyczny, że pozwolę sobie streścić go obszerniej (podług Dieulafoy): »U młodego człowieka, po przebyciu ostrej choroby, szybko rozwinął się guz na przedniej powierzchni klatki piersiowej na lewo od mostka. Guz ten kolejno raz zwiększał się, to znów opadał, przyczem wahania w objętości jego zgodne były z tętnem. Wszyscy byli przekonani, że chory ma tętniaka i z przerażeniem oczekiwali chwili, gdy ścieńczała skóra pęknie i nastąpi śmiertelny krwotok. Sam chory jednak, przed którym ukrywano oczekujący go los, z niecierpliwością wyglądał pęknięcia guza, uważał go bowiem za ropień; pragnąc tedy przyspieszyć jego otwarcie, wziął igłę i wetknął ją w szczyt guza. Wyszła ropa — z początku w niewielkiej ilości, a potem ogromnie obficie, gdy pod wpływem rozżarcia, rana powiększyła się. Chory zupełnie wyzdrowiał«. W przypadku tym należy przypuszczać ropniaka tętniącego opłucnej, prawdopodobnie, jak wnosi Dieulafoy, wskutek pneumokokowego zapalenia opłucnej.

Nieco później opisali podobne przypadki angielscy klinicyści — Stokes, Mac Donell sen., Walshe. Walshe — autor słynnego dzieła o rozpoznaniu chorób płucnych — pierwszy ochrzcił tę chorobę mianem »pulsating Empyem«.

Znajomość tych faktów pozwoliła Aranowi dojść do ścisłego rozpoznania w ciekawym przypadku, ogłoszonym przezeń w r. 1858. U 12-letniego chłopca, który zapadł na zapalenie oskrzeli (najprawdopodobniej było tu i zapalenie opłucnej), wystąpił niewielki guz w górnej części klatki piersiowej na lewo od mostka; guz ten znikł za pewien czas, potem jednak znowu zjawił się i szybko przybrał dość znaczne rozmiary. Kiedy zwrócono się do Arana, guz o postaci półkulistej znajdował się na lewo od mostka i zajmował przestrzeń między trzeciem a siódmem międzyżebrzem. Skóra była ścieńczała ciemno-czerwonej barwy i zdawało się, że lada chwila miała pęknąć; guz tętniał równomiernie z tętnem obwodowem; jednocześnie dawało się spostrzedz kolejne rozszerzanie się i opadanie jego, odpowiednio do ruchów oddechowych, mianowicie w czasie wydechu guz wybitnie powiększał się, a przy wdechu opadał. Guz ten nadzwyczaj przypominał tętniaka. lecz Aran, przypominając znany sobie przypadek Stokesa, doszedł do wniosku, że jestto ropniak tętniący opłucnej i wykonał próbne przekłucie, poczem odeszła duża szklanka ropy. Ponieważ maleńka ranka pozostała otwartą, więc objętość i tętnienie guza zmniejszyły się, kolejne jednak rozszerzanie się i opadanie wystąpiły jeszcze wybitniej. Gdy otwór się zamknął, płyn znów zebrał się. Aran wykonał wtedy drugie przekłucie grubszym trójgrańcem i wyciągnął $1^1/_2$ litra ropy, poczem tętniący guz znikł. Jednocześnie serce, które było znacznie odsunięte na prawo, powróciło do prawidłowego położenia.

Przypadków w rodzaju podanych opisano więcej w połowie XIX stulecia, nikt jednak z autorów, nawet klinicysta tej miary co Wintrich, nie umiał wytłómaczyć sobie pochodzenia tego objawu.

Pierwsze próby w tym kierunku podjął Traube, który spostrzegał dwa przypadki ropniaka tętniącego i starał się wyjaśnić ich patogenezę.

Najwięcej jednak posunął sprawę naprzód Comby: poświęcił on omawianemu cierpieniu aż trzy obszerne prace: rozprawę w 1881 roku (De l'empyeme pulsatile), a następnie dwa studya, wydane jedno w roku 1889, a drugie w r. 1895.

W znacznym stopniu opierał się na nich Prof. Dieulafoy, który wygłosił o ropniaku tętniącym dwa wykłady kliniczne w Hôtel-Dieu de Paris w r. 1897—1898. Przedstawiwszy słuchaczom dwóch chorych z tętniącym ropniakiem opłucnej, rozpatrzył Dieulafoy piśmiennictwo i na podstawie zebranych 60 przypadków, omówił szczegółowo patogenezę i etyologię choroby, podał główne objawy, po-

zwalające na rozpoznanie różniczkowe, wspomniał wreszcie o leczeniu. Praca ta świetnego klinicysty paryskiego jest dotąd jedyną mniej więcej wyczerpującą monografią w tej dziedzinie.

Ostatni dziesiątek lat nie przyniósł nowych zdobyczy w tym kierunku, jedyny zaś artykuł, jaki znalazłem w piśmiennictwie w tych latach (Livierato z r. 1906), niczem nie wzbogaca naszej wiedzy o ropniaku tętniącym.

Ogółem opisano dotąd zaledwo koło 70 przypadków tego cierpienia, zwłaszcza zaś ubogiem jest w tej dziedzinie polskie piśmiennictwo, zawierające tylko dwa przypadki: Dunina z r. 1878 i Mahla z r. 1883.

Dunin spostrzegał przypadek ropniaka tętniącego w klinice Prof. Lewitskiego w Warszawie w r. 1878. Była to 23-letnia chora, która na parę miesięcy przed wstąpieniem do kliniki dostała silnego kłucia w lewym boku i kaszlu z gorączką, w ostatnich zaś dniach zaczęła odkrztuszać znaczną ilość cuchnącej plwociny. Przy badaniu stwierdzono, iż lewa połowa klatki piersiowej była wyraźnie zapadnięta, międzyżebrza znacznie węższe. Stłumienie było od grzebienia łopatki do dołu. Stłumienie serca »przechodziło nieznacznie poza lewy brzeg mostka«. Chora oddawała dziennie do 1500 cm^3 ropnej plwociny. Po paru tygodniach względnej poprawy wystąpił napad silnych dreszczów z gorączką do 39,6° i wymiotami przy wzmożonym kaszlu i dużej ilości plwociny. Po trzech miesiącach, w ciągu których były 4 takie napady, chora wyszła do domu, jednakże po 2-tygodniowej przerwie znowu powróciła do kliniki, uskarżając się na duszność i »nieznośny ból w lewej okolicy lędźwiowej i w lewej połowie brzucha«. Tym razem na całej przestrzeni lewego płuca odgłos opukowy był zupełnie tępy a przy osłuchiwaniu w górnej części płuca aż do połowy łopatki słychać było wyraźny oddech i brzmienie oskrzelowe *(bronchophonia)*, natomiast w dolnych częściach szmerów oddechowych nie było wcale; podobnież nie słyszano oddechu dzbanowego (amforycznego). Z przodu objawy były te same, t. j. stępienie pod obojczykiem i wypełnienie przestrzeni półksiężycowej Traubego. Oprócz tego skóra lewej połowy klatki piersiowej była znacznie obrzękła, a poniżej 12 żebra istniała dość twarda i bolesna przy ucisku guzowatość. Ciepłota 40° C., tętno 120. W następnych dniach stan chorej jeszcze bardziej się pogorszył; prócz tego guzowatość, poniżej ostatniego żebra, powiększyła się, i co najważniejsza, pojawiło się w niej bardzo wyraźne tętnienie, równomierne z uderzeniami serca; guz ten wreszcie przy każdym wdechu zmniejszał się, przy wydechu zaś, a jeszcze więcej przy kaszlu, powiększał się. W tydzień po powtórnem przybyciu do szpitala chora zmarła.

Badanie zwłok, dokonane przez Dra Przewoskiego wykazało co następuje:

Po zdjęciu skóry z klatki piersiowej z lewej strony pomiędzy 4 a 5 żebrem, nieco na zewnątrz od linii sutkowej, ukazuje się nieco gęstej ropy, która za pośrednictwem cienkiej przetoki z jamy opłucnej wypływa. Przy otwarciu klatki piersiowej z lewej jamy opłucnej wylewa się znaczna ilość cuchnącej ropy; serce znajduje się mniej więcej w prawidłowem położeniu. Lewe płuco odsunięte ku górze i do klatki piersiowej przyrosłe; oba listki opłucnej tak ścienny, jak i płucny silnie zgrubiałe i nierówne; ograniczają one jamę, wypełnioną ropnym gęstym wysiękiem; jama ta zapomocą otworu, przepuszczającego palec i leżącego w tylnej części przepony pomiędzy 11. a 12. żebrem, łączy się z ropniem, znajdującym się pod skórą w okolicy mięśnia czworobocznego lędźwi; połączenia z jamą otrzewnej niema wcale, lecz przepona w miejscu, odpowiadającem śledzionie, silnie rozmiękła i łatwo palcami odrywać się daje. Po oddzieleniu otrzewnej okazuje się, że ropa wypełnia całą przestrzeń pozaotrzewną po stronie lewej i wstępuje aż do grzebienia kości biodrowej. Lewe płuco silnie przyrośnięte; w dolnych jego częściach znajduje się jama, której wielkość ściśle oznaczyć się nie daje z powodu, że część płuca, stanowiąca jedną jej ściankę, pozostała przy klatce piersiowej; jama ta wypełniona jest treścią śluzowo-ropną. Prawe płuco nie przedstawia nic szczególnego Oba listki osierdzia sklejone na całej przestrzeni ze sobą, łatwo od siebie oddzielić się dają. Zresztą serce zarówno jak i wszystkie inne narządy ciała nic szczególnego nie przedstawia.

Dunin zaznacza, iż w jego przypadku zasługuje na uwagę tętnienie guza, utworzonego skutkiem opuszczenia się ropy — i po krótkich odwołaniach się na piśmiennictwo, podkreśla, iż »nigdzie o tem wzmianki znaleźć nie mógł, żeby ropnie od serca odległe, jak to było w jego przypadku, tętnić miały«.

Streszczeniem krytycznem teoryi Traubego o powstawaniu ropniaka tętniącego zakończa Dunin swój ciekawy artykuł kazuistyczny.

O przypadku Mahla spotykamy tylko krótką wzmiankę w protokołach sekcyi lwowskiej Tow. lek. galicyjskich z dn. 14. kwietnia 1883. Brzmi ona, jak następuje:

»Kol. Mahl przedstawia chłopca, u którego pod lewym łukiem żebrowym znachodzi się znaczna wypukłość (*empyema*) pod uciskiem falująca, na której czuć się daje niezwykłe tętnienie. Zjawisko tętnienia znika, skoro zapomocą strzykawki nieco ropy się wypuści«.

Z nowszych autorów polskich poświęcają kilka uwag tętniącemu ropniakowi opłucnej: Biegański w swej »Dyagnostyce różniczkowej chorób wewnętrznych« i Sokołowski w »Wykładach klinicznych chorób dróg oddechowych«.

Biegański podkreśla, że jest to »postać wogóle bardzo rzadka« i powołuje się na Kepplera, że do roku 1887 było wszystkich opisanych przypadków 38, poczem podaje objawy, służące do rozpoznania różniczkowego tego cierpienia.

Sokołowski, wspominając o tętniącym ropniaku opłucnej, nadmienia, że »objaw ten, który dawniej spotykano dosyć często przy trwających długo i nieoperowanych ropniach opłucnej, widujemy obecnie bardzo rzadko«, poczem dodaje, że »objaw ten w swoim czasie był przedmiotem bardzo licznych prac i dyskusyi nad jego powstawaniem, szczególniej francuskich autorów (Comby, Guéneau de Mussy i inn.)« — i przechodzi dalej do opisu istniejących poglądów na tę sprawę, »które nie są do dziś dnia zupełnie zgodne«.

Obaj ci nasi pisarze, jak widać z powyższego, sami nic spostrzegali odpowiednich przypadków i opierają się w swych wnioskach wyłącznie na piśmiennictwie, i to tylko obcem.

(C. d. n.).

Spostrzeżenia z praktyki.

Kilka uwag w sprawie zachowania się lekarza przy porodzie

podał

Dr Zygmunt Lewicki,

Sekundaryusz szpitala w Samborze.

Jako lekarz na prowincyi mam często sposobność spostrzegać, jak niejednokrotnie przez niestosowne zabiegi lekarskie przy nieistniejących warunkach i wskazaniach poród się przedłuża, a co więcej, szkodzi się matce i dziecku.

Wezwani do porodu z góry już nabieramy uprzedzenia, że musi być w danym wypadku coś nieprawidłowego, skoro nas wzywają — i nieraz tam, gdzie zachowanie się lekarza powinno być wyczekujące, czynnie wkraczamy bez żadnego powodu.

Jak często utrudniamy sobie poród, przebiegający prawidłowo, niech posłużą następujące przykłady.

Przez przebicie pęcherza płodowego w pierwszym okresie porodowym przy ujściu niezupełnie rozwartem, zanim się ten okres ukończy, stwarza sobie lekarz sam niedogodne warunki dalszego postępu porodu. Lekarz nie mogąc się doczekać końca, rozszerza sztucznie ujście. W jednym z takich przypadków wystąpiło wskazanie do ukończenia porodu — skutkiem osłabienia bolów i tworzenia się przedgłowia — kleszczami.

Powinno się ciągle pamiętać o tem, że pęcherz w prawidłowych warunkach wolno przebić tylko wtedy, jeśli zwisa do pochwy i w przerwach między bolami napięcie jego zupełnie nie wolnieje.

A już zakładanie kleszczy, to rzecz prawie na porządku dziennym, bez żadnej przyczyny, nieraz na kilka godzin przed wystąpieniem wskazań i do tego najczęściej w braku wszelkich warunków potrzebnych do założenia.

Zdarzyło mi się być wezwanym do porodu, gdzie wezwany wcześniej lekarz spędził 6 godzin na zakładaniu kleszczy i założyć oczywiście nie zdołał, bo nie było warunków.

Stan rodzącej był tu następujący: Wieloródka, dobrze wyglądająca, o tętnie dobrem, bole porodowe silne, dość częste. Badanie zewnętrzne: macica bardzo dobrze się kurczy, w przerwach wymacać można grzbiet po stronie prawej, części drobne po lewej; badanie wewnętrzne: ujście zewnętrzne macicy zupełnie rozszerzone, część przodująca i najniżej ułożona: czoło, po stronie prawej, ciemię duże, po stronie lewej: oczodoły i twarz, we wchodzie miednicy ustalone. Tętno płodu podczas bolu niemiarowe i głuche, z pochwy wydobywa się smółka.

Ze względu na dziecko było wskazanie do szybkiego ukończenia porodu. Jakkolwiek założenie kleszczy w położeniu czołowem jest bardzo niebezpieczne i nie zawsze się udaje, wobec tego jednak, że w danych warunkach, w brudnej chacie wiejskiej, nie można było myśleć o pubiotomii, założyłem kleszcze i wydobyłem płód żywy.

Jak kolega mnie objaśnił, przed moim przyjazdem główka była ruchoma i wysoko ustawiona i dlatego nie mógł kleszczy założyć, względnie zamknąć.

W tym przypadku próbowano ukończyć poród kleszczami, choć nie było wskazania, bo tętno miało być równe i smółki nie było, a co najważniejsza: nie było jednego z głównych warunków do założenia kleszczy, t. z. ustalenia. Raczej należało wobec ruchomości główki i ustawienia jej nad wchodem przy miednicy dość obszernej próbować zamiany położenia czołowego na czaszkowe, a nawet obrotu na nóżki, — zwłaszcza, że przy czołowem położeniu nigdy się nie da przewidzieć, jaki się zwrot dokona i czy poród kleszczowy wogóle będzie możliwy z utrzymaniem dziecka przy życiu.

Niejednokrotnie znów lekarz nie oceni dokładnie całego porodu i opóźnia potrzebną pomoc. Chcę tu przytoczyć ciekawy przypadek, jaki napotkałem w mej praktyce.

Jeden z kolegów zwraca się do mnie z propozycyą, byśmy jechali do kobiety rodzącej, u której był dnia poprzedniego, ale u której miało nie być wskazania do ukończenia porodu, bo ujście było rozwarte tylko na 3 palce; wprawdzie pęcherz pękł, ale kolega ów sądził, że rodząca sama porodzi. Tymczasem zjawił się u niego tegoż dnia powtórnie mąż rodzącej z wiadomością, że poród nie postąpił i że potrzeba pomocy.

Na miejscu zastaliśmy stan rodzącej następujący: Pierwiastka około 30-letnia, wyczerpana, bole słabe i rzadkie. Badanie zewnętrzne i wewnętrzne stwierdza położenie czaszkowe I. przy ujściu zewnętrznem rozwartem na 3 palce. Główka ustalona we wchodzie miednicy z ogromnem przedgłowiem tak, że trudno domacać się ciemiączka. Brzegi ujścia twarde, niepodatne. Rodząca ruchów płodu od dnia poprzedniego nie uczuwa, tętna płodu nie słychać. Wedle objaśnienia kolegi stan od dnia poprzedniego niezmieniony.

Po nacięciu ujścia w kilku miejscach na głębokość 1 cm założyłem kleszcze i wydobyłem płód nieżywy.

Otóż tu, gdzie istotnie już dnia poprzedniego należało przyjść z pomocą i najprawdopodobniej możnaby było dziecko uratować, bez powodu poród się przewlekło ze stratą dziecka.

Również zauważyłem, że za często robi się wymóżdżenie na płodzie żywym.

Przy nieznacznym nawet niestosunku porodowym po kilku bezowocnych pociągnięciach kleszczami, — a nawet i bez nich, — wymóżdża się główkę. Bezwątpienia, jestto dla matki zabieg w porównaniu z kleszczami łagodniejszy, a dla lekarza znacznie łatwiejszy; ale jakże przykrego doznaje się uczucia, gdy płód wydobyty po wymóżdżeniu robi jeszcze kilka ruchów oddechowych.

Robiłem nieraz przy wysokiem ustawieniu główki i dwadzieścia kilka pociągań kleszczami — a jednak nie widziałem żadnych obrażeń na częściach miękkich matki; oczywiście jednak musi się pociągać bardzo oględnie i zwolna dostosowywać główkę do przejścia przez miejsce najbardziej zwężone. W przerwach między bolami zawsze rozwieram kleszcze, by zwolnić ucisk na główkę.

Najczęstszą przyczyną krwotoków w trzecim okresie jest zawczesne ugniatanie macicy celem rzekomo szybszego odklejenia łożyska.

Zwykle jednak dzieje się przeciwnie; zamiast przyspieszyć opóźnia się oddzielenie łożyska i wywołuje krwotoki, bo macica, nie mając czasu dokładnie się skurczyć, krwawi.

Takie zawczesne wygniatanie nietylko nie wiedzie do celu, lecz nawet zmusza w końcu lekarza do ręcznego wydobycia łożyska, zabiegu bardzo niebezpiecznego. W następstwie takiego ugniatania widziałem zupełne wynicowanie macicy wraz z łożyskiem. Nieraz czekałem na odejście popłodu nawet i dwie godziny, a nigdy stąd nie wynikła żadna szkoda dla matki; — ujście zawsze było na tyle rozwarte, że w razie potrzeby można wprowadzić rękę. W tym czasie wykonany zabieg Credego zawsze osiągał cel, chyba, że łożysko było przyrośnięte.

Za często również zdarza się pęknięcie krocza i to zwykle wtedy, gdy pomocy udziela lekarz, a zdaje mi się, że może dlatego, iż za wiele zwracamy uwagi przy porodzie na samo krocze, a za mało na przyczynę wypuklania się krocza, t. z. na główkę i barki.

W kilku moich przypadkach nie pękło krocze, choć było zeszyte po ostatnich porodach, bo długi czas wstrzymywałem główkę w przejściu przez szparę sromową przy równoczesnem podtrzymywaniu krocza, w jednym zaś u wieloródki przedarło się międzykrocze, — zdaje mi się, — dlatego, że całą uwagę zwróciłem na krocze i znacznie szybciej przepuściłem główkę.

Najgorsza jest sprawa z aseptyką i antyseptyką. Zakorzenił się zwyczaj smarowania kleszczy oliwą lub waseliną. Zdarza się nieraz widzieć, że lekarz bardzo sumiennie myje ręce i pole operacyjne i wygotowuje kleszcze, a potem smaruje je domową oliwą i rozpoczyna operacyę. Można sobie wyobrazić, jakie mnóstwo bakteryi znajduje się w takiej oliwie; jedno takie pociągnięcie oliwą niweczy cały trud lekarza, chcącego operować aseptycznie.

Wogóle należałoby zarzucić smarowania kleszczy oliwą lub waseliną choćby wyjałowioną, bo w pochwie i macicy podczas porodu jest tak ślizko, że zawsze z łatwością dadzą się kleszcze wprowadzić. Jeśli kleszcze założyć trudno," to oliwa z pewnością nie pomoże.

Tak samo nie może być wystarczające, jak się to często praktykuje, zanurzenie narzędzi w 5% rozczynie wodnym kwasu karbolowego na kilka minut, bo trudno przypuścić, by kwas karbolowy w tak krótkim przeciągu czasu zdołał zniszczyć jadowitsze mikroby; zwłaszcza przy tak zawiłej budowie, jak w narzędziach położniczych. Wygotowanie narzędzi w zwykłym garnku glinianym, czysto wymytym, jest stokroć pewniejsze, niż wszelkie środki odkażające.

Lekarz wezwany do porodu powinien się uzbroić w cierpliwość i spokój i przedewszystkiem dokładnie w najdrobniejszych szczegółach zbadać rodzącą. O tej zasadniczej regule zbyt często się zapomina.

Widziałem nieraz lekarzy, którzy z zasady zewnętrznego

badania nie przeprowadzają, a przecież badanie takie samo często daje właściwe rozpoznanie. Jestem pewny, że każdy lekarz przy sumiennem zbadaniu, wyrobiłby sobie jasne pojęcie, co i kiedy ma zrobić, ale do tego potrzeba spokoju i zimnej krwi. Lekarz nie powinien nigdy dać się powodować otoczeniu, a tem mniej rodzącej, i nie wolno mu tracić cierpliwości. Trzeba nieraz poświęcić i kilka godzin czasu, a z pewnością żaden lekarz tego nie pożałuje. Nie zawsze musi się operować; czasem więcej zyska się przez cierpliwość i czekanie, niż przez zabieg, który dokonany w nieodpowiednich warunkach srodze mści się w następstwach.

Oceny i sprawozdania.

Z powodu oceny mojego podręcznika histologii przez Prof. Maziarskiego.

Przyznać muszę, że wśród licznych przychylnych krytyk mego podręcznika w pierwszem i w obecnem wydaniu, ocena Prof. Maziarskiego, umieszczona w Nrze 51 »Przeglądu lekarskiego« (1908), sprawiła mi prawdziwą przyjemność, gdyż Prof. Maziarski, kończąc swą krytykę, stawia mój podręcznik »daleko wyżej, niż inne podręczniki, w które piśmiennictwo niemieckie tak bardzo obfituje«.

Chociaż daleki jestem od tego, abym przypuszczał, że podręcznik mój jest wolny od pewnych braków i usterek, to jednak zarzuty, które w swej, bardzo zresztą pochlebnej krytyce Prof. Maziarski podnosi, nie wydają mi się uzasadnione, i dlatego pragnę na nie odpowiedzieć.

I tak żąda Prof. Maziarski wprowadzenia opisu budowy rdzenia przedłużonego i innych części mózgu, których nie uwzględniłem, natomiast opuszczenia techniki mikroskopowej.

Nad pierwszą sprawą już przy pierwszem wydaniu długo się zastanawiałem i doszedłem do przekonania, że uwzględnienie budowy mikroskopowej tych części wymagałoby około pięć arkuszy, czyli 80 stron druku i kilkadziesiąt rycin. Takie powiększenie objętości książki nie mogłoby oczywiście pozostać bez wpływu na cenę, i tak znacznie wyższą od innych podobnych podręczników, a to znowu musiałoby się niekorzystnie odbić na popularności jej wśród uczącej się młodzieży. W tym wypadku rozdział ten byłby chyba przeznaczony dla specyalnych wykładów neurologii, a do tego celu istnieją osobne podręczniki. Gdybym się natomiast ograniczył do kilkunastu stron druku, bez potrzeby powtarzałbym te rzeczy, które każda anatomia zawiera. Widocznie w podobny sposób zapatruje się przeważna część autorów podręczników histologii, którzy również niektóre tylko części układu nerwowego ośrodkowego uwzględniają.

Podanie treściwe techniki mikroskopowej uważałem za korzystne przedewszystkiem dla tych, którzy, nie mając zamiaru pracować specyalnie w histologii, chcą jednak poznać zasady techniki mikroskopowej; powtóre pisząc podręcznik w języku niemieckim, musiałem uwzględnić stosunki panujące w Niemczech i liczyć się z tem, że lepsze podręczniki histologii zawierają zarys techniki mikroskopowej.

Opracowując swój podręcznik, ciągle miałem na myśli, że jest on przeznaczony dla stawiających pierwsze kroki w histologii, t. j dla słuchaczy I. i II-go roku medycyny. Tem się kierując, wprowadzałem do techniki przepisy proste, a wypróbowane, a do tekstu rzeczy już o ile możności ustalone i przeważnie uznane. Z tego właśnie powodu uważałem za nieodpowiednie, bo obciążające umysł początkującego, odróżnianie t. zw. plazmy wyższej Prenanta i wprowadzanie takich terminów, jak ergastoplazma, ergoplazma i t. d., które sobie dotąd nie zyskały obywatelstwa w histologii. Wychodząc z tego założenia, nie pisałem też o aparacie chromidyalnym R. Hertwiga, któremu M. Heidenhain w swem podstawowem dziele z r. 1907 p. t. »Plasma und Zelle« na stronie 421 zaledwie mały poświęca ustęp i to drobnemi czcionkami; przyczem zauważyć należy, że dotąd wydana pierwsza z trzech części dzieła Heidenhaina liczy 506 stron, gdy w podręczniku naszym cały rozdział o komórce obejmuje niespełna 30 stron.

Odrębne zapatrywania w pewnych sprawach, jak n. p. w sprawie sarkoplazmy, gruczołowego charakteru przyjądrza (uwzględnionego w I. wydaniu mego podręcznika), były oparte na specyalnych badaniach jużto moich, już też mego współpracownika.

Wydanie mego podręcznika w języku polskim było zawsze szczerem mojem pragnieniem. Niestety nie ziści się ono zapewne nigdy, gdy się uwzględni z jednej strony małe zapotrzebowanie tego rodzaju podręcznika polskiego, z drugiej zaś koszt kilkunastu tysięcy koron, które nigdyby się nakładcy nie wróciły. Istniejący polski podręcznik zbiorowy, wydany przed 7 laty z zapomogi Kasy Mianowskiego, dotąd, o ile mi wiadomo, w połowie nie został rozkupiony, choć cena jego tak nizka.

Szymonowicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Marbé. **Opsoniny w rozmaitych stanach tyreoidyzacyi.** (*Compt. r. de la Soc. de Biol.* 1908, Nr 21—22). Wychodząc z przypuszczenia, że gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem mają pewne znaczenie w zjawiskach odporności ustroju, autor wykonał cały szereg doświadczeń nad opsoninami u królików i świnek morskich, z których jedną część doprowadzał do stanu hypertyreoidyzacyi przez podawanie gruczołu tarczowego, zaś drugą część — do stanu atyreoidyzacyi — przez wyłuszczenie gruczołu. Dla otrzymania wskaźnika opsonicznego liczył autor ilość bakteryi, pochłoniętych przez fagocyty, a przy zakażeniu gruźlicą ilość leukocytów, chłonących bakterye. Otóż z doświadczeń tych pokazało się, że przy hypertyreoidyzacyi wskaźnik opsoniczny surowicy zwiększa się 2—2$^1/_2$ razy, przy atyreoidyzacyi zmniejsza się. Leukocyty zdrowego zwierzęcia po dodaniu »in vitro« surowicy zwierzęcia hypertyreoidyzowanego wykazują wyraźne powiększenie swej siły fagocytarnej (chwytnej). Surowica zwierzęcia hypertyreoidyzowanego traci zupełnie swe własności hyperopsoniczne przy ogrzewaniu do 56^0 w ciągu $^1/_2$ godziny. Zwykła rana mięśniowo-skórna w pewnym stopniu także zmniejsza siłę opsoniczną, ale zmniejszenie to trwa nadzwyczaj krótko i potem przechodzi w zwiększenie. Po wyłuszczeniu zaś gruczołu zmniejszenie trwa nawet 25 dni.

Dr L. Mańkowski.

1) Renon i Delille. **Wstrzykiwania śródotrzewne wyciągu przysadki mózgowej, tarczycy, nadnercza, jajników i wpływ ich na króliki.** (*Comptes rendus de la Soc. de Biol.* 1908, Nr 21).

2) Hallion i Alquier. **Zmiany histologiczne w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu przy długotrwałem podawaniu wyciągu przysadki mózgowej.** (*Ibidem*, Nr 24). Zwykle używamy do celów leczniczych gruczołu sproszkowanego. Renon i Delille macerowali gruczoły na zimno kilka godzin w 35-krotnej ilości surowicy sztucznej. 15 cm^3 tego wyciągu odpowiada maksymalnej dawce dla człowieka dorosłego. Od 3 do 40 cm^3 takiego wyciągu wstrzykiwali autorowie do jamy otrzewnej królikom co 2—3 dni. — Najbardziej toksycznie działały wstrzykiwania wyciągu nadnercza. Króliki padały po 1—3 wstrzyknięciach; wszystkie narządy wewnętrzne znajdowano przekrwione. Cokolwiek słabsze może własności toksyczne miał wyciąg jajników. Wyciąg przysadki mózgowej okazał się nieszkodliwym. Dobrze także znosiły króliki wyciąg tarczycy. Wstrzykiwania skombinowane dały następujące wyniki: Słabe dawki wyciągu nadnercza (5 cm^3), które zwykle nie wywoływały śmierci zwierzęcia, przy jednoczesnem wstrzyknięciu takiej samej ilości wyciągu jajnikowego lub tarczycowego wywoływały szybką śmierć. Króliki, które bardzo dobrze znosiły wielokrotne wstrzykiwania wyciągu przysadki mózgowej, padały natychmiast po wstrzyknięciu minimalnej ilości wyciągu nadnercza. Natomiast zwierzęta, którym wielokrotnie wstrzykiwano wyciąg przedniego płatu przysadki mózgowej, były odporniejsze na wstrzykiwania nadnercza, niż zwierzęta zupełnie zdrowe. Jak się zdaje, przysadka mózgowa zmniejsza toksyczność jajników; takież same działanie ma i tarczyca. Przy połączeniu wstrzykiwań tarczycy i przysadki mózgowej nie można było zauważyć żadnego szkodliwego wpływu. Jednoczesne wstrzyknięcie wyciągów wszystkich naraz gruczołów w minimalnej ilości wywoływało natychmiast śmierć.

Gdy Renon i Delille sprawę wpływu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem badali więcej ogólnie, to Hallion i Alquier wzięli sobie za zadanie zbadać jedną tylko stronę sprawy, a mianowicie zmiany histologiczne w tych gruczołach przy długotrwałem podawaniu wyciągu przysadki mózgowej. Wyciąg ów w dawkach od 5—40 cm^3 podawali oni wewnętrznie królikom w ciągu 9—13 miesięcy. Przy sekcyach największe zmiany zauważono w gruczole tarczowym, zmiany w innych gruczołach były bardzo nieznaczne i nawet różne u różnych zwierząt. Obję-

tość i waga tarczycy była zmniejszona; przy badaniu mikroskopowem znaleziono zmniejszenie wielkości pęcherzyków, znikanie koloidu, zwyrodnienie komórek, a nie znaleziono ani śladu stwardnienia włóknistego. Autorowie nie wchodzą w ocenę tych zmian, zaznaczają tylko ich istnienie. *Dr L. Mańkowski.*

Medycyna wewnętrzna.

Köhler. **Doświadczenia kliniczne z surowicą Marmorka u 60 chorych na gruźlicę.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 29). Z 60 chorych, leczonych lewatywami z surowicą przez czas od 42 dni do 200 dni, u 22 chorych stwierdzić zdołał K. polepszenie stanu przedmiotowego płuc, w 18 przypadkach stan się nie zmienił, w 20 pogorszył się. S. wypowiada zapatrywanie, że nie można mówić o surowicy Marmorka, jako o pewnym środku leczniczym. *Dr Skórczewski.*

Vollmer. **Tętniak tętnicy głównej z ciekawemi powikłaniami.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 48). Znacznej wielkości tętniak łuku i części zstępującej tętnicy głównej przebiegał z porażeniem nerwu krtaniowego lewego. Na dzień przed śmiercią podniosła się ciepłota ciała do 40° C., w płacie dolnym lewego płuca wystąpiły rzężenia i przytłumienie odgłosu opukowego. Stwierdzono przemijające rozszerzenie źrenicy lewej. Sekcya stwierdziła martwicę odleżynową w przełyku na wysokości rozdwojenia się tchawicy i ropne zapalenie tkanki w tylnej części śródpiersia. Badanie mikroskopowe tętnicy wykazało prócz zmian miażdżycowych znaczne nacieki komórkowe w okolicy miejsc zmienionych; badanie według Wassermana przeprowadzono z wynikiem dodatnim. Autor mimo braku wskazówek w wywiadach przyjmuje kiłę jako przyczynę choroby. Objaw przemijającego rozszerzenia tłómaczy V. uciskiem na nerw współczulny. *Dr Skórczewski.*

Doc. Tabora. **Niedomykalność zastawki trójdzielnej i jej objawy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 48). Nawiązując do przypadku stwierdzonej spisaniem tętna niedomykalności zastawki trójdzielnej z nieznacznem powiększeniem serca, bez stwierdzalnych szmerów, a z tętnem stale niemiarowem, stara się autor na podstawie znacznego materyału z kliniki profesora Moritza sprostować pewne błędne zapatrywania, panujące w nauce co do tej wady serca. Przypadek powyższy stanowi dowód, że niedomykalność zastawki trójdzielnej może być jednym z pierwszych objawów słabnięcia serca, mimo braku innych objawów niedomogi, prócz niemiarowego tętna; zdanie to potwierdza także zniknięcie cierpienia pod wpływem leków sercowych. Dalej stwierdza T., że jedynym pewnym objawem niedomykalności zastawki trójdzielnej jest spisane tętno żylne, tętno wątroby; T. nie stwierdzał natomiast zazwyczaj osłabienia drugiego tonu nad zastawką płucną, chyba w przypadkach daleko posuniętego osłabienia serca; szmery nad sercem prawem nie są charakterystyczne, albo ich brak. Również niestałym, choć częstym objawem jest tętno stale niemiarowe. T. sądzi, iż za życia odróżnienie zmiany czynnościowej od zmiany organicznej jest w klinice niemożliwe, tembardziej, że zmiana czynnościowa niejednokrotnie mimo leczenia naparstnicą niecałkowicie się wyrównywa, a może trwać latami, nie wywołując większych zaburzeń. Wreszcie zauważa T., iż przy znacznej niedomodze serca niedomykalność zastawki trójdzielnej przebiega zazwyczaj bez zbyt wielkiej duszności i bez sinicy, tak że chorzy czują się lepiej nieraz przy nieszczelnej zastawce trójdzielnej, niż wtedy, gdy zmiany tej jeszcze nie było. *Dr Skórczewski.*

Gordon i Jagič. **O obrazie krwi przy chorobie Basedowa i Basedowoidzie.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 46). W ostatnich czasach starał się Stern niezupełną postać (forme fruste) choroby Basedowa oddzielić jako odrębną jednostkę chorobową, a to na podstawie znacznych różnic w przebiegu obu cierpień i braku przejść między jedną, a drugą jednostką chorobową. Wyodrębnił więc chorobę Basedowa od »Basedowoidu«. Tymczasem nowsze badania, a także badania Gordona i Jagića stwierdzają, że przy chorobie Basedowa istnieje charakterystyczny obraz krwi, który znajdujemy też przy t. zw. Basedowoidzie. Ten obraz krwi może mieć wprost znaczenie rozpoznawczo-różniczkowe. Napotykamy mianowicie prawie stale limfocytozę, względnie mononukleozę, t. j. odsetkowe zwiększenie limfocytów i leukocytów jednojądrzastych. Elementy krwi pochodzenia szpikowego nie doznają zmiany, niema więc zboczeń czynności szpikowej, lecz wyłącznie tylko nieprawidłowy odczyn narządu limfatycznego. Za tem przemawia także fakt, że często napotykamy w tej chorobie obrzęk gruczołów limfatycznych i powiększenie śledziony. *Dr M. Blassberg.*

Kurt Brandenburg. **O znaczeniu rozpoznawczem kropkowanych ciałek czerwonych krwi i o ich zjawieniu się po złamaniu uda między krętarzami.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 1). Znaną jest rzeczą, że znajdowano ziarninę bazofilną w ciałkach krwi czerwonych u ludzi, którzy przebyli krwotoki z górnych części przewodu pokarmowego, szczególniej żołądkowe, lub też spożyli jakikolwiek przetwór hemoglobiny lub krew zwierzęcą w postaci t. zw. kiszek krwawych. Obecnie donosi B., że znalazł sporo kropkowanych ciałek czerwonych po złamaniu uda między krętarzami z następowym wielkim krwotokiem w części miękkie otaczające. Pojawienie się ciałek kropkowanych odnosi B. do krwotoku. W danym wypadku inne przyczyny dotąd znane można było napewno wyłączyć. *Stahr.*

Einhorn. **Zwężenie i niedomykalność odźwiernika.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 23). U chorego wydobywano stale przy zgłębnikowaniu żołądka naczczo niezbyt wielkie ilości krwi (200 cm³), zawierającej prócz kwasu solnego, (kwaśność 60—80), krwi utajonej, resztki pokarmów i żółć. Dolegliwości podmiotowe polegały na bolach po jedzeniu, przedmiotowe na wymiotach. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: Zwężenie odźwiernika. Choremu podano dwie pigułki z błękitu metylenowego z łojem baranim na 50 cm i 75 cm długich nitkach jedwabnych. Po 4 i ½ godziny wyciągnięte pigułki zawierały błękit metylenowy i łój. Doświadczenie to świadczyło o tem, że pigułki nie przeszły przez odźwiernik. Wobec bezskuteczności leczenia zapobiegawczego i stałego zmniejszania się ciężaru ciała wykonano gastroenterostomię. Podczas zabiegu stwierdzono zgrubienie i stwardnienie odźwiernika, ściany żołądka silnie przerosłe. Chory w 5 dni po zabiegu zmarł wskutek zapalenia płuc. *Dr Skórczewski.*

Vincent. **Zakażenie czerwonką, a przewody żółciowe.** (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.* 1908, Nr 26). Ponieważ wielu autorów wskazywało na długotrwałą obecność bakteryi czerwonki u ozdrowieńców, a nawet u osób, które wcale jej nie przechodziły, postanowił autor zbadać doświadczalnie, czy pęcherzyk żółciowy nie jest dla bakteryi czerwonki takiem samem schroniskiem, jak dla prątków durowych. Doświadczenia na zwierzętach doprowadziły autora do przekonania, że bakterye czerwonki w pęcherzyku żółciowym nie znajdują się i nawet nie mogą się znajdować, ponieważ żółć na te bakterye działa zabójczo. *Dr L. Mańkowski.*

L. Walbum. **Nowy albuminimeter.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 40). Autor wyzyskał zmętnienie, powstające w moczu, zawierającym białko, po dodaniu 10% kwasu trójchlorooctowego, dla natychmiastowego ilościowego oznaczenia białka przez porównanie natężenia zmętnienia z białawo zabarwionem szkłem porównawczem. Dodając odpowiednie ilości 25% rozczynu soli kuchennej, doprowadzamy zbyt silne zmętnienie w moczu, zawierającym większe ilości białka, do danego natężenia barwy, a ilości białka odczytujemy wprost w naczyniu miareczkowanem. Przyrząd Walbuma (kosztujący 7 marek u P. Altmanna w Berlinie) ma być dokładniejszy od albuminimetru Essbacha, a zbliża się do metod wagowych. *Dr Skórczewski.*

Pincus. **Krwiomocz pierwotny.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 46). Autor spostrzegał u swej chorej, operowanej uprzednio wskutek krwiomoczu z wynikiem ujemnym tak co do kamieni, jak i gruźlicy, nagle po urazie krwiomocz, pochodzący z obu nerek, który po 4½-miesięcznem leczeniu wyczekującem skończył się wyleczeniem. Przy dokładnem badaniu stwierdził P. białko pochodzące z nerek i wałeczki. B. sądzi, że krwiomocz był w danym przypadku następstwem przewlekłego stanu zapalnego. *Dr Skórczewski.*

Pedyatrya.

Dufestel: **Gruźlica u dzieci w wieku szkolnym, a gimnastyka oddechowa.** (*Arch. d. méd. des enf.*, Nr 5, 1908).

Już Grancher w sprawozdaniach ze stanu zdrowia uczniów szkół miejskich stwierdził znaczną ilość usposobionych do gruźlicy lub dzieci z początkowemi zmianami gruźliczemi (*prétuberculeux*); zalecał on wówczas zakładanie dla tych dzieci szkół na wsi. Autor podkreśla również częstość występowania gruźlicy w szkole, jakkolwiek gruźlicę »otwartą«, a więc i możność zakażenia przez szkołę, spostrzegał bardzo rzadko. Uważając projekt Granchera za niewykonalny, pragnął autor poprawić stan zdrowia usposobionych do gruźlicy dzieci, nie przerywając ich nauki. Z 80 dziewczynek pewnej szkoły wybrał autor 12; — u 5 z nich stwierdzono wybitne zmiany oddechowe w szczy-

tach, u 7 znaleziono jedynie objawy zajęcia gruczołów oskrzelowych. Dziewczynki te wykonywały codziennie w ciągu $^1/_2$ godziny ćwiczenia, polegające na głębokich ruchach oddechowych wraz z jednoczesnem unoszeniem się na palce lub bez tego ćwiczenia. W ciągu pierwszych 6 tygodni niektóre dzieci mogły wykonywać ćwiczenia zaledwie po 10 minut, później zaś wszystkie znosiły dobrze $^1/_2$ godziny. Stan ogólny tych dzieci po 9 miesiącach poprawił się znacznie: — autor zauważył przyrost wagi, powiększenie obwodu klatki piersiowej, ramion i łydek (dane w tablicy). Pojemność płuc powiększyła się również; autor zauważył przytem, że dzieci I grupy (z wyraźnemi zmianami w płucach) zyskały więcej, niż zdrowsze dzieci II grupy. Co do stanu płuc, z dzieci I grupy u 2 stwierdzono znaczną poprawę, u 3 zaś stan się nie zmienił; dzieci zaś II grupy uznano po 9 miesiącach za zupełnie zdrowe (autor — dla uniknięcia podmiotowej oceny — prosił o badanie dzieci profesora Mery). Autor prowadzi badania dalej i spodziewa się jeszcze lepszych wyników

W. Jasiński.

Engel: **Gruźlica niemowląt i odżywianie.** (*Monatsschrift f. Kinderh.*, T. VII, Nr 1, 1908).

Autor zbadał klinicznie i anatomicznie 35 przypadków gruźlicy u niemowląt i doszedł do wniosku, że istnieje ścisły związek między gruźlicą a odżywianiem. U dzieci dobrze odżywionych, przeważnie karmionych piersią, gruźlica sadowi się głównie w gruczołach i, jeżeli kończy się śmiercią, to wskutek wystąpienia ogólnej prosówkowej gruźlicy; u dzieci zaś słabych, wyniszczonych, gruźlica występuje w postaci przewlekłej gruźlicy różnych narządów, głównie płuc. Przedewszystkiem autor odpowiada na pytanie, czy owo wychudnienie jest objawem pierwotnym. Zdaniem autora gruźlica u niemowląt w przeciwieństwie do gruźlicy u dorosłych, nie należy do chorób wyniszczających. Częstokroć daje się stwierdzić, że dzieci z objawami gruźlicy przybierają na wadze zupełnie normalnie; szczególniej należy podkreślić, że gruźlica gruczołów rzadko kiedy wiedzie do wychudnienia; więc nie jest ono zależne od gruźlicy, jako takiej, lecz od zaburzeń w odżywianiu, jak u innych podobnych dzieci bez gruźlicy. Taki zaś zły stan odżywienia ma wpływ na postać gruźlicy; ten wpływ często występuje już w pierwszych miesiącach życia dziecka. Tak np. wśród 13 źle odżywionych dzieci, które w ciągu 1-go miesiąca były karmione piersią, *pneumonia caseosa* wystąpiła w jednym tylko przypadku, u pozostałych zaś »źle odżywionych« dzieci, które nigdy nie były karmione piersią, *pneumonia caseosa* wystąpiła w 70% przypadków. Jak widzimy, kilkotygodniowe karmienie piersią wywarło wpływ na postać gruźlicy.

Gruźlica pierwotnie występuje u wszystkich dzieci tylko w gruczołach. Rokowanie przy tej chorobie, jak to wykazały dawniejsze badania autora, jest wogóle u dzieci tem lepsze, im dłużej gruźlica lokalizuje się tylko w gruczołach.

Fakt więc, że w razie wystąpienia gruźlicy u niemowląt, karmionych piersią, gruźlica przez czas dłuższy ogranicza się do gruczołów, świadczy o większej odporności tych dzieci, niż niemowląt źle odżywionych, karmionych sztucznie, u których gruźlica wkrótce po pierwotnem zajęciu gruczołów występuje w postaci przewlekłej w różnych narządach ciała.

Wł. Schoenaich.

Orgler: **Przyczynki do nauki o przemianie azotu w wieku niemowlęcym.** (*Monatsschrift f. Kinderh.*, T. VII, zeszyt 3, 1908).

Dotychczasowe badania nad przemianą azotu u dzieci, karmionych piersią i karmionych sztucznie, były wykonywane (z wyjątkiem 3 doświadczeń Kellera) na różnych dzieciach, różnego wieku i wagi ciała. Autor badał przemianę azotu u jednych i tych samych dzieci, które z początku otrzymywały mleko kobiece, następnie żywienie mieszane, wreszcie wyłącznie mleko krowie. Z badań tych wypływa, że wchłanianie azotu u dzieci karmionych sztucznie jest lepsze, niż u dzieci karmionych piersią; absolutna ilość zatrzymanego azotu może być również większa przy karmieniu sztucznem; ilość zatrzymanego azotu w stosunku do wprowadzonego u dzieci karmionych sztucznie, waha się w granicach, stwierdzonych u dzieci karmionych naturalnie.

Wpada w oczy przy wszystkich doświadczeniach autora złe wchłanianie się azotu u dzieci karmionych piersią. O ilości azotu wchłonionego sądzimy ze stosunku azotu w pokarmach do ilości azotu w kale. Wiadomą jest rzeczą, że główna część azotu w wypróżnieniach pochodzi, jak to wykazały badania Kellera, z soków trawiennych i bakteryi, a tylko nieznaczna ilość przy dobrze wchłanianem pożywieniu z azotu pokarmowego. Przy karmieniu naturalnem wprowadzamy mniej azotu, niż przy karmieniu sztucznem. Otóż, jeżeli nawet przypuścić, że ilości azotu, pochodzącego z soków trawiennych i bakteryi, w obu przypadkach są jednakowe, to i wtedy wpłyną one na zmniejszenie odsetki azotu wchłonionego więcej przy małych ilościach azotu wprowadzonego — karmieniu naturalnem — niż przy dużych ilościach azotu wprowadzonego — karmieniu sztucznem. Stąd nizkie liczby azotu wchłonionego przy karmieniu piersią.

Co się tyczy wpływu dodatku węglowodanów do pożywienia na przemianę azotu, to już z dawniejszych badań wiadomo, że przy takiem pożywieniu ilość zarówno wchłonionego, jak i zatrzymanego azotu, zwiększa się.

O wpływie tłuszczu na przemianę azotu dotąd mało wiadomo. Autor u jednego z dzieci dodawał do pokarmu pewną ilość olejku łogowego i zestawiwszy wyniki swych badań z wynikami doświadczeń Freunda, dochodzi do wniosku, że dodatek tłuszczu nie ma prawie żadnego dodatniego wpływu na przemianę azotu.

Wł. Schoenaich.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z d. 21. października 1908 r.

Przewodniczący kol. K. Jasiński, sekretarz kol. J. Michalski.

1) Kol. Perlis przedstawia mężczyznę, który przed 3 tygodniami został zraniony długim sztyletem. Jedna **rana** znajdowała się **w okolicy wątroby** powyżej i z prawej strony pępka, druga w okolicy 9. lewego międzyżebrza na linii pachowej tylnej. Obie rany o charakterze ran kłutych. W godzinę po zranieniu stan chorego następujący: bardzo znaczna bladość powłok i widocznych błon śluzowych, głęboki zapad, tętno niewyczuwalne. W jamie brzusznej obecność wolnego płynu (krwi) w znacznej ilości. W bardzo lekkiem uśpieniu eterowem laparotomia w linii środkowej z dodaniem poprzecznego cięcia w kierunku wątroby. W jamie brzusznej dużo płynnej krwi i skrzepów. Wątroba, żołądek nietknięte. Na okrężnicy poprzecznej dwie rany: na przedniej powierzchni rana poprzeczna 2 cm długości z wypadnięciem błony śluzowej, która w postaci czopa zatyka otwór w jelicie; na brzegu rany obficie krwawiąca, dość spora tętnica. Na tylnej powierzchni okrężnicy poprzecznej rana $^3/_4$ cm długości, również wypadniętą błoną śluzową zatkana. Po założeniu podwiązki na tętnicę, zrównaniu brzegów rany i odprowadzeniu wypadniętej błony śluzowej, obie rany zaszyto. W jamie brzusznej treści jelitowej nie zauważono. Wobec znacznej ilości skrzepów krwi w okolicy lewego podżebrza i podejrzenia zranienia przepony lub śledziony zbadano dokładnie lewą część nadbrzusza. Uszkodzenia jednakowoż przepony ani śledziony nie stwierdzono. Ranę ściany brzusznej częściowo zaszyto, w kierunku okrężnicy i lewego podżebrza wprowadzono długie tampony z gazy wyjałowionej. Podczas zabiegu wstrzyknięto choremu, zupełnie nieprzytomnemu, 2 litry rozczynu solnego podskórnie. Nazajutrz przytomność zupełna, tętno dość pełne, stan ogólny dość dobry. Po 48 godzinach odeszły wiatry, szóstego dnia prawidłowe wypróżnienie bez stosowania środków przeczyszczających. Tampony usunięto 8 dnia. Gojenie szybkie bez powikłań. W przebiegu pooperacyjnym objawy dość ciężkiego rozlanego nieżytu oskrzeli z gorączką i obfitą plwociną. Rana zagoiła się doraźnie. Po 3 tygodniach wyszedł operowany ze szpitala w doskonałym stanie zdrowia. (Streszczenie własne).

2) Kol. Perlis przedstawia 43-letniego chorego, u którego wskutek zmiażdżenia goleni prawej przez nadciągający elektrowóz wykonana została, nie ciesząca się zasłużoną najzupełniej popularnością, **osteoplastyczna amputacya sposobem Grittiego**. Operacya ta daje doskonały kikut i bardzo mocną podstawę, pozwalającą bez wszelkich dolegliwości opierać kończynę (udo) na najprostszych nawet przyrządach i na t. z. kuli, co *in praxi pauperum* ma doniosłe znaczenie. (Streszczenie własne).

3) Kol. Grosglik przedstawił: *a*) chłopca 14-letniego dotkniętego **strupniem woszczynowatym** (*favus scutularis*) na prawem przedramieniu; na szyi kilka ognisk (*plaques*) *favus squamosus*, takież ogniska gdzieniegdzie na głowie. Drobnowidowoczysta hodowla *achorion Schönleinii*. *b*) 36-letniego mężczyznę, dotkniętego **rozpoczynającym się wiądem rdzenia**. Przed 12 laty kiła. Badany po raz pierwszy przez kol. G. w kwietniu r. b.; rozpoznanie: wiąd, zanik obu nerwów wzrokowych,

zwłaszcza prawego: objaw Argyll-Robertsona, zwężenie źrenic, brak odruchów kolanowych i Achillesowych, bole przeszywające, parestezye, zaburzenia pęcherzowe, płciowe, rozmaite przełomy *(crises)* i t. p. Wielokrotne badania następne dawały ten sam wynik. 21. IX. r. b. udało się podczas badania wywołać trzykrotnie odruch kolanowy prawy, wprawdzie bardzo słaby, lewy zaś był wyraźny. Odtąd codzienne badanie wykazywało stałą poprawę resp. wzmożenie odruchów kolanowych, trwające dotychczas. Kol. S. przedstawia chorego z tego powodu, że objaw Westphala zniknął tu podczas leczenia (o którego istocie jednak kol. S. uważa za właściwe nie mówić, dopóki nie zbierze liczniejszych doświadczeń). Opisano wprawdzie kilka rzadkich przypadków znikania objawu Westphala w przebiegu wiądu, ale działo się to zazwyczaj w następstwie przyłączającego się bezwładu połowiczego, którego w danym przypadku zupełnie brak. (Streszczenie własne).

4) Następnie przystąpiono do dyskusyi nad odczytem kol. Silberstroma: **O seroreakcyi w rozpoznawaniu przymiotu**. W dyskusyi wzięli udział koledzy: Sonnenberg, Grosglik i Birenzweig.

Według kol. Sonnenberga, odczyn Wassermanna, jako próba naukowa, budzi słuszne i uzasadnione zainteresowanie. I nic dziwnego. Z jednej bowiem strony obiecuje on rzucić nieco światła tam, gdzie dotychczasowe sposoby nie wystarczały, z drugiej znów strony — sama metoda rozpoznawcza jest tu tak odrębna, tak niezwykła i tak do dotychczasowych metod niepodobna. Jednakże przy obecnym stanie opracowania tej metody, wnioski, do których ona prowadzi, redukują się, zdaniem kol. Sonnenberga, do rozmiarów bardzo skromnych. Wystarcza bowiem zestawić dotychczasowe wyniki stosowania owej metody w rozmaitych okresach przymiotu, aby się przekonać, że nie jest ona. jak niektórzy utrzymują, ową wartościową próbą, owym pewnym drogowskazem, który zawsze pozwoli oryentować się tam, gdzie dotychczas było oryentować się nie łatwo. W okresie wrzodu pierwotnego próba Wassermanna nie występuje w pierwszych dziesięciu dniach istnienia wrzodu, a potem występuje tylko w 50—90% przypadków. W okresie drugorzędnym przymiotu występuje w 64—93% przypadków. To samo mniej więcej w okresie trzeciorzędnym. A więc w tych przypadkach, kiedy objawy przymiotu są wyraźne, odczyn Wassermanna, gdyby zawsze występował, mógłby odgrywać rolę próby potwierdzającej; ponieważ nie występuje zawsze, więc roli tej nie spełnia. W okresie utajenia choroby odczyn W. występuje tylko w połowie przypadków. Nie znaczy to, że próba u jednego chorego daje wyniki dodatnie, a u drugiego — ujemne, lecz że u jednego i tego samego chorego raz występuje, innym znów razem, po kilku naprzykład tygodniach lub miesiącach — nie występuje. Zależy to, jak utrzymują, od pewnej »aktywności« zarazka. Jeżeli więc przyjąć, że wynik dodatni oznacza, iż u osoby, u której stosowano omawianą próbę, istnieje zarazek przymiotowy, to z wyniku ujemnego żadnych wniosków wysnuwać nie można. Naturalnie cały szereg wyników ujemnych, otrzymanych przy stosowaniu próby W. u jednej i tej samej osoby w rozmaitych odstępach czasu, już pozwala wnosić, że dana osoba prawdopodobnie nie ma zarazka. Lecz stosowanie całego szeregu prób jest znów rzeczą niepraktyczną, wymaga bowiem całego szeregu miesięcy. Jako przykład przytacza kol. Sonnenberg badanie mamki: aby być zupełnie pewnym, że mamka nie jest dotknięta przymiotem, wobec braku objawów, należałoby, gdy próba Wassermanna daje wynik ujemny, powtórzyć ją wielokrotnie, a tego przecież nikt w tym przypadku robić nie będzie. — Zdaniem kol. Sonnenberga — argumenty powyższe przemawiają przeciwko praktycznej wartości stosowania metody Bruck-Wassermanna, przynajmniej w obecnym stanie opracowania tej metody. (Streszczenie własne).

Kol. Grosglik: Kol. Silberstrom przedstawił sprawę serodyagnostyki przymiotu nader jednostronnie. Nietylko, że serodyagnostyka należy jakoby do faktów naukowo ustalonych, ale wszelkie zagadnienia i wątpliwości rozpoznawcze, prognostyczne, terapeutyczne, znajdują w niej swe rozwiązanie. W rzeczywistości jednak sprawa ma się wręcz odmiennie. Rozróżnia się w odczynie Wassermanna dwojakiego rodzaju swoistość: biologiczną i kliniczną. Obie ściśle wiążą się z sobą i niesłusznie klinicyści rozważają je, jako dwie odrębne i niezależne od siebie sprawy. Otóż swoistość biologiczna, w którą zrazu tak wierzono, nietylko nie jest dowiedziona, ale raczej wszystko zdaje się przeciw niej przemawiać. Odczyn W. otrzymuje się bowiem niekoniecznie z wyciągiem z wątroby dziedzicznie kiłowych dzieci; dają go również wyciągi z wątroby prawidłowej, z guzów nie przymiotowych, z mięśnia sercowego i t. d., co większa, wyciągi prawidłowe oddziaływają właśnie tylko z płynami przymiotowymi. Z drugiej strony doświadczenia z wytworami przymiotowymi, obfitującymi w krętki, nie dawały odczynu Wassermanna. Co się tyczy przeciwciał, to niższe małpy — jak podaje Neisser — wcale nierzadko już je w prawidłowym stanie posiadają, a chociaż orang-utang nie ma ich w stanie zdrowia, tak samo jak człowiek, musimy się liczyć z powyższym faktem, skoro doświadczalna syfilidologia ma wogóle mieć racyę bytu. Dalej znajdowano odczyn W. w 2 przypadkach duru brzusznego, w 1 zimnicy, w 1 — u królika uodpornionego przeciw durowi. Przytoczone fakty rzucają pewien cień na swoistość przeciwciał. Skoro zatem swoistość przeciwciał ulega wątpliwości, a antygen z pewnością swoisty nie jest, nie może być mowy o biologicznej swoistości odczynu Wassermanna. Bardzo być może, że »przeciwciała« nic swoistego w sobie nie mają, lecz powstają, jako odczyn ustroju względem własnego białka, będącego produktem rozpadu. Otóż przymiot, jako choroba par excellence rozpadowa, wyzwala zmienione i szkodliwe dla ustroju białko; ustrój zaś oddziaływa na to wytwarzaniem pewnych substancyi, które więc uważać możemy za »autoprzeciwciała« (hypoteza Weila i Brauna).

Przejdźmy do swoistości klinicznej. Polega ona na tem, że odczyn Wassermanna występuje tylko w przypadkach przymiotu, nie występuje zaś przy żadnej innej chorobie. Tak jest rzeczywiście, z wyjątkiem kilku spostrzeżeń przeciwnych, o których powyżej mówiłem. Otóż statystyka dowodzi, że odczyn wypada dodatnio w 54—83% przypadków przymiotu, czyli w przymiocie, będącym par excellence chorobą krwi, jad nie zawsze prowadzi do tworzenia przeciwciał; a ponieważ ujemne wyniki bywają również we wczesnym okresie wtórnym, kiedy ustrój przepojony jest jadem, wypływa stąd, iż niewiadomo, co właściwie ma oznaczać odczyn Wassermanna. Neisser twierdzi wprawdzie, iż zawartość przeciwciał wzrasta wraz z utajeniem, ale zestawienie statystyki jawnych i utajonych przypadków temu przeczy: pierwsze dawały większy % wyników dodatnich, aniżeli drugie.

Zobaczmy jednak, jak wygląda serodyagnostyka przymiotu w zastosowaniu praktycznem. Czy wyręcza nas w rozpoznawaniu tam, gdzie klinika zawodzi i jaka stąd płynie korzyść? W okresie pierwotnym wczesne rozpoznanie wrzodu mogłoby przyspieszyć wycięcie, a zatem zapobiedz generalizacyi. Ale dodatnia serodyagnostyka oczywiście możliwa jest tylko wtedy, gdy generalizacya już nastąpiła, nie może zatem niczem przyczynić się do posunięcia naprzód sprawy wycięcia. Nawet wczesne rozpoznanie wrzodu w celach leczenia zapobiegawczego nie na wiele się przyda, dopóki podzielone są zdania syfilidologów co do właściwości lub szkodliwości wczesnego leczenia swoistego. Co się tyczy ciemnych spraw przymiotowych, wtórnych i trzeciorzędnych, lub wogóle ciemnych spraw chorobowych, do których rozpoznania powołana została właśnie serodyagnostyka, to przedewszystkiem zaznaczę, iż, zdaniem nawet zwolenników tej ostatniej, ma ona znaczenie tylko konstytucyonalne, a nie narządowe. To znaczy: odczyn może wypaść dodatnio t. j. wskazywać, iż dany osobnik miał kiedyś, czy ma jeszcze przymiot, a jednak cierpienie, dla którego uciekamy się do serodyagnostyki (np. nowotwór), może być przyrody nieswoistej. Powtóre, gdy odczyn wypada ujemnie, wtedy wogóle niczego nie dowodzi; gorzej, bo, jak pokazują niektóre spostrzeżenia, odczyn może być ujemny, pomimo klinicznie najzupełniej ustalonej przymiotowej przyrody danego cierpienia. Wreszcie, aby z odczynu dodatniego wnosić w danym przypadku o przymiocie, musimy wprzód posiąść ogólny dowód związku przymiotu z odczynem Wassermanna. Dotychczas zaś takiego dowodu jeszcze zupełnie brak.

Przejdźmy do spraw rokowania, leczenia, wyzdrowienia. Wszystkie one wiążą się z sobą ściśle, a wszystkie zależą od ostatecznego ustalenia znaczenia dodatniego i ujemnego odczynu. Co oznacza dodatni odczyn Wassermann? Neisser powiada: »Odczyn dodatni dowodzi, iż gdzieś w ustroju istnieje ognisko krętków«. Ale wtedy, jak wytłómaczyć fakt odczynu ujemnego w wypadkach *lues florida*, gdzie ustrój jest przypuszczalnie przesiąknięty mikrobami? Albo przypadki utajonego przymiotu, które w najwcześniejszym okresie wtórnym, pomimo niedostatecznego leczenia lub zupełnego nieleczenia, nie dawały odczynu, z drugiej strony doskonale leczone przypadki, które dawały odczyn w późnym okresie trzeciorzędnym? Gorzej ma się rzecz z odczynem ujemnym, gdyż po wielokrotnej ujemnej serodyagnostyce występują jeszcze nawroty. Zatem nawet przez długie lata trwający odczyn ujemny nie dowodzi jeszcze wyzdrowienia. A czy odczyn dodatni, występujący po wielu latach zdrowia klinicznego ma dowodzić istnienia ukrytych ognisk chorobowych? Wypływa z powyższego, iż serodyagnostyka nie może dostarczać danych

stanowczych do rokowania, leczenia, a i spostrzeżenia kliniczne przeważnie nie pozwalają na ustalenie jakiegoś związku między leczeniem a odczynem.

Fakty powyżej przytoczone (a możnaby ich szereg powiększyć), dowodzą, jak trudno jest posługiwać się zjawiskiem, o którego związku z daną chorobą nic się nie wie, prócz domysłów pełnych sprzeczności.

Wartość praktyczna serodyagnostyki przymiotu zawisła przedewszystkiem na istocie biologicznej odczynu Wassermanna. Dopóki istota ta nie została zbadaną; dopóki nie wiemy, co mamy rozumieć przez odczyn dodatni, co przez ujemny; dopóki nie znamy stosunku odczynu do jadu w stanie czynnym i utajonym; dopóty nie mamy prawa wysnuwać jakichkolwiek wniosków co do istnienia choroby, co do potrzeby leczenia, co do rokowania i innych spraw praktycznych. Sam Wassermann, jakby naprzekór swoim gorącym zwolennikom, pozwala sobie jedynie na wniosek, że w przypadku dodatnim mamy przed sobą przymiot (nie wchodząc w szczegóły, czy przymiot czynny, czy też dawno ubiegły). Mojem zdaniem, badania dotychczasowe i do tego nawet prawa nie dają. W obecnym jej stanie, serodyagnostyka może najwyżej wzbudzić pewne podejrzenia co do przymiotowej natury danego cierpienia, zachęcić nas do poszukiwań w tym kierunku i do leczenia próbnego. Serodyagnostyka sama przez się n i e d o w o d z i przymiotu, ale może nas naprowadzić na dowód, a ten — w wątpliwych przypadkach, nie poddających się rozpoznaniu na zasadzie objawów — tkwi jedynie w p r ó b n e m l e c z e n i u (oczywiście z ograniczeniami). Jak dotychczas więc, serodyagnostyka nie dorównywa klinice, tem mniej zaś twierdzić można, by ją prześcignęła.

Kol. S i l b e r s t r o m: Przy ocenie klinicznego znaczenia odczynu Wassermanna należy usunąć na bok zagadnienia teoretyczne, zwłaszcza pierwotne uzasadnienia tego odczynu, podane przez Wassermanna i Brucka, którego ci autorzy obecnie sami się wyrzekli. Ci sami badacze, którzy przyczynili się do obalenia powyższej teoryi, w swych dalszych studyach nad odczynem doszli jednozgodnie do wniosku, że odczyn ten jest dla przymiotu swoisty w znaczeniu klinicznem; do tegoż zdania przyłączyli się ostatnio Weil i Braun. Obecnie niema autora, któryby nie uznawał niepośledniej wartości rozpoznawczej odczynu. Została ona stwierdzona na materyale klinicznym, obejmującym wiele tysięcy przypadków. To też odczyn bardzo się teraz rozpowszechnił w Niemczech i Austryi i staje się coraz popularniejszym we wszystkich krajach, znajdując zastosowanie w codziennej praktyce lekarskiej. Oddaje on cenne usługi w przypadkach wątpliwego przymiotu, gdy brak zewnętrznych objawów tej choroby i gdzie, jak wiadomo każdemu lekarzowi, wywiadowe dane częstokroć na wiarę nie zasługują. Na rozpoznaniu wrzodu miękkiego, jak uczy praktyka, również nie zawsze polegać można. Odczyn okazuje się niezbędnym przy różniczkowem rozpoznawaniu kilaków od nowotworów, przy rozpoznawaniu charakteru niektórych cierpień aorty, serca, płuc, wątroby, jąder, przy różniczkowem rozpoznawaniu wiądu rdzenia od innych cierpień układu nerwowego, przy porażeniu postępowem, przy cierpieniach kości i okostnej, przy owrzodzeniach języka, jamy nosowej, przy cierpieniach krtani, zapaleniach rogówki, tęczówki, przy porażeniach mięśni ocznych, przy chorobach nerwu wzrokowego, przy poronieniach, jak również przy badaniach w celach ubezpieczenia itd. itd. We wszystkich tych przypadkach odczyn dodatni jest niezaprzeczonym dowodem przymiotu i w ten sposób rozwiązuje pytania, które dotychczas dawały się rozstrzygać tylko z pewnem prawdopodobieństwem lub »*ex iuvantibus*«. Wynik ujemny daje wprawdzie mniej sposobności do wniosków, ale wszak los ten dzieli większość metod badań lekarskich, które rozstrzygają sprawę tylko w razie otrzymania wyniku dodatniego. Ponieważ zaś odczyn Wassermanna daje w rozmaitych okresach przymiotu bardzo dużą odsetkę wyników dodatnich, metoda ta stanowi drogocenny nabytek wśród lekarskich metod badania. Zresztą wynik ujemny tem więcej przemawia przeciw przymiotowi, im większą jest odsetka wyników dodatnich, które daje zakwestyonowana postać chorobowa przymiotowa. Przypadki, gdzie u danego osobnika po ujemnym wyniku otrzymuje się dodatni, nie należą do częstych i dowodzą tylko, że przy silnem podejrzeniu o przymiot należy odczyn powtórzyć, zupełnie tak samo, jak przy podejrzeniu o gruźlicę płuc powtarzamy kilkakrotnie badanie plwociny. Sprawa stosowania odczynu przy wyborze mamki, posiada znaczenie tylko teoretyczne — wobec ustalonego faktu, że wiązanie dopełniacza można otrzymać także z pokarmem. Metoda ta jeszcze nie dojrzała.

Co do pożyteczności odczynu w okresie pierwotnym, to odczyn ustala rozpoznanie, jeśli ono nie było pewne, dając tem możność wczesnego rozpoczęcia leczenia i uprzedzenia objawów zaraźliwych; odczyn zaś ujemny przy rozpoznaniu pewnem dowodzi, że jeszcze nie nastąpiła generalizacya jadu, że zatem wycięcie ma pewne widoki powodzenia.

W sprawie rozpoznawania przymiotu u matek, które rodziły dzieci kiłowe i odwrotnie — u dzieci rzekomo zdrowych, pochodzących od matek dotkniętych przymiotem, odczyn surowiczy utorował nowe drogi, albowiem przy jego pomocy stwierdzono kruchość podstaw, na których się opierają prawa Profety i Collesa. Dla odczynu surowiczego prawa te nie istnieją.

Co do znaczenia odczynu dla rozpoznawania przymiotu w okresie utajenia, to należy tu zestawić dwa następujące fakty: 1) U około 50% osób, dotkniętych kiłą utajoną, zmarłych z innych chorób, znajduje się przy sekcyach w narządach wewnętrznych nie rozpoznane za życia ogniska przymiotowe. 2) Ilość odczynów dodatnich przy przymiocie utajonym wynosi również koło 50%—60%. Ze zgodności tych dwóch liczb wynika, że wiązanie dopełniacza przy utajonym przymiocie wskazuje w samej rzeczy na obecność choroby, z drugiej zaś strony odczyn ujemny, w dodatku kilkakrotnie otrzymany, przemawia za zupełnem wyleczeniem. Innego sprawdzianu wyleczenia obecnie nie posiadamy.

Leczenie wywiera niezaprzeczony wpływ na odczyn surowiczy, zamieniając w większości przypadków wynik dodatni na ujemny. Przypadki te należy zaliczać do lżejszych, na leczenie podatnych. Wobec tego lekarz otrzymuje w odczynie surowiczym podporę do wskazań leczniczych i miarę dla ocenienia siły jadu przymiotowego u danego osobnika.

Że pomimo leczenia niekiedy po latach istnieje u chorego odczyn dodatni, stwierdza to tylko oddawna wiadomy fakt, że przymiot w części przypadków jest w znaczeniu biologicznem i anatomo-patologicznem nieuleczalny, co jednak nie przeszkadza danemu osobnikowi spełniać prawidłowo wszystkich czynności życiowych.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie 12/25 Listopada 1908.

Obecnych członków 22. Przewodniczący K. R u m s z e w i c z.

1. M. Ł ą ż y ń s k i. **Przyczynek do statystyki i leczenia złamań i zwichnięć.**

Prelegent, opierając się na danych statystycznych pięcioletniej działalności Pogotowia ratunkowego w Kijowie, w której prawie cały ten czas brał czynny udział, dochodzi do następnych wniosków: a) Statystyka złamań i zwichnięć, oparta na danych takich urządzeń, jak Pogotowie ratunkowe, jako obejmująca w pewnym okresie czasu, dla pewnej miejscowości największą ilość wypadków, powinna zasługiwać na szczególne wyróżnienie. Przy dalszem doskonaleniu się tych urządzeń w kierunku technicznym oraz zwerbowaniu grona doświadczonych lekarzy, ich dane statystyczne będą miały większą wartość, niż dane oddzielnych szpitali i klinik. b) Pomimo postępującego wyzwolenia kobiety — tak dobrowolnego, jak i przymusowego w dziedzinie pracy fizycznej, — stosunek odsetkowy złamań u kobiet do złamań u mężczyzn pozostaje mniej więcej na jednym poziomie w ciągu długiego już szeregu lat. c) Wiek największego uzdolnienia do pracy daje bezwarunkowo największą odsetkę złamań i zwichnięć urazowych tak u mężczyzn, jak i u kobiet. d) Zwichnięcie szczęki dolnej jest przywilejem płci żeńskiej, prawdopodobnie wskutek większej wiotkości mięśni u kobiet, niż u mężczyzn, a jednakowej pracy narządu tego u jednych i drugich. e) Liczba określająca stosunek odsetkowy zwichnięć do innych uszkodzeń urazowych objawia zaledwie nieznaczne wahania się u rozmaitych autorów, którzy korzystali z najróżnorodniejszego materyału. f) Sposób rotacyjny Schinzinger-Kochera nastawiania zwichnięć w stawie barkowym wiedzie zawsze do pożądanego celu, dając zawsze prawie możność uniknięcia uśpienia.

Dyskusyi nie było.

2) Br. K o z ł o w s k i przedstawia **preparat tętniaka tętnicy kolanowej, operowanego** przed 10 dniami. Preparat pochodzi z młodego 22-letniego człowieka, którego przed rokiem zraniono śrutem zajęczym w okolicę podkolanową. Przed trzema tygodniami brał on czynny udział w gaszeniu pożaru, tydzień temu tańczył, poczem uczuł ból i naprężenie pod kolanem. Przy badaniu znaleziono guz tętniący wielkości dwóch pięści, usadowiony pod kolanem. Tętniaka usunięto wraz z workiem, wypełnionym krwią i skrzepami. Tętnica wpadała z boku i przedłużała boczną szparę. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

W dyskusyi zapytuje Makowski, czy prelegent nie obawiał się zgorzeli kończyny wskutek wycięcia tętniaka. Wielu chirurgów decyduje się na operacyę dopiero po zmierzeniu ciśnienia krwi poniżej tętniaka przyrządem Riva-Rocci, a mianowicie wtedy, kiedy się pokaże, że ciśnienie wynosi nie mniej, niż 10 mm. rtęci. Następnie zapytuje M., jakie położenie prelegent nadaje kończynie po operacyi i czy stosuje ogrzewanie. — Kozłowski odpowiada, iż nie obawiał się zgorzeli, gdyż tętniak był dość stary. Zresztą badał palcem przednią tętnicę goleniową i przekonał się, że tętni dostatecznie silnie. Po operacyi nadaje kończynie położenie poziome bez ogrzewania. — Łążyński zaznacza, iż najważniejszy problemat, nasuwający się przy wycięciu tętniaka podkolanowego, — to pytanie, czy kończyna będzie żyła, czy też nie. Otóż podczas wyczerpującej dyskusyi w tym przedmiocie w Paryskiem Towarzystwie chirurgicznem (1904 r.) większość chirurgów wypowiedziała zdanie, że szanse powinny być uważane za tem lepsze, im starszy jest tętniak. W przypadku prelegenta sam tętniak nie był prawdopodobnie bardzo dawny, natomiast uraz, który wytworzenie się jego wywołał, był dawnej daty; można też było przypuszczać, że oddawna już zaczęło się wytwarzać poboczne krążenie krwi. To też noga zaraz po operacyi już była ciepła. Z drugiej strony jednakże nieraz trzeba operować nawet wtedy, kiedy warunki obiegu krwi w kończynie zapowiadają się gorzej, a to dla tego, że w przeciwnym razie wystawia się chorego na jeszcze większe niebezpieczeństwo, a mianowicie na pęknięcie tętniaka. — Kozłowski przypomina sobie, że operował raz chorego, który zranił się strzałem z rewolweru w okolicę trójkąta Skarpy, przyczem wypadło podwiązać tętnicę udową z dwóch końców, żyłę udową i 6 żył mniejszych. 6-go dnia po operacyi zjawiło się tętno w naczyniach obwodowych. Ze względu na rokowanie wielkie znaczenie ma tutaj wiek i stan odżywienia chorego. Zresztą, pozostawiając chorego z tętniakiem podkolanowym bez operacyi, wystawia się go nieraz, jak słusznie podniósł kol. Łążyński, na większe ryzyko, niż operując przy nieszczególnych warunkach obiegu krwi.

3) Makowski pokazuje a) preparat drobnowidowy **raka** gruczołowego **wątroby** *(adenocarcinoma hepatis)* z chorego, przysłanego na oddział chirurgiczny szpitala miejskiego z kliniki terapeutycznej z rozpoznaniem niedrożności jelit — prawdopodobnie wskutek gruźlicy otrzewnej. Chory skarżył się na nieznośne bóle w okolicy pępka. Przy operacyi pokazało się, że chodziło tutaj o raka gruczołowego, wychodzącego z przewodów żółciowych. Ciekawą rzeczą w tym przypadku były niezwykle silne odruchy ze strony mięśni jelit. Jeżeli się brało jelito do ręki, to następowała jakby jego erekcya. Ściany jego nabierały przytem chrząstkowatej twardości. Objaw ten, również jak bole, znikł wkrótce po operacyi.

b) Preparat **pęcherzyka żółciowego z dwoma kamieniami**, z których jeden w szyjce, drugi w ścianie. Chora cierpiała przez dwa lata na napady kolek żółciowych, rozpromieniających się w lewą stronę brzucha, bez podniesienia ciepłoty i żółtaczki. Natomiast były wymioty. W dniu przyjęcia chorej do kliniki, pęcherzyk żółciowy dawał się wyczuć bardzo dokładnie; następnego dnia już go jednak nie można było odszukać.

c) **Pęcherzyk żółciowy** chorego, przysłanego z oddziału terapeutycznego. Chory ten poprzednio nigdy nie chorował. Dopiero w lipcu r. b. uczuł w prawem podżebrzu gwałtowny ból, który trwał trzy dni, poczem ustąpił, tak że chory zasięgał porady lekarskiej jedynie tylko z powodu oddawna już istniejącego rozwolnienia. Przy badaniu stwierdzono z prawej strony nizko niebolesny guz twardy, który uważano za rakowy nowotwór nerki albo pęcherzyka żółciowego. Przy operacyi znaleziono pęcherzyk żółciowy, wypełniony ropą, miękki, przyrośnięty do sieci. Wrażenie twardości dawała właśnie włóknisto zwyrodniała sieć. Silny napad bolu, o którym mowa wyżej, był wywołany przedziurawieniem pęcherzyka do jamy brzusznej.

d) preparat **(rak przewodów żółciowych)**, pochodzący z 45-letniej kobiety, która przed 2 laty zgłosiła się była do prelegenta z powodu bólów w prawem podżebrzu. Bole te ustąpiły po gorących okładach oraz piciu gorącej wody. Skoro po jakimś czasie zjawiły się na nowo, stwierdzono istnienie guza, jak operacya wykazała, — raka przewodów żółciowych.

e) Preparat z mężczyzny, który od Wielkiejnocy ostatniej cierpiał na żółtaczkę z podniesieniem ciepłoty i charłactwem. Przy badaniu pęcherzyk żółciowy i brzeg wątroby wyczuwano jako ciała miękkie. Chory zmarł bez operacyi, a sekcya wykazała **raka dwunastnicy**, zajmującego również uchyłek Vatera. Przewód pęcherzykowy był bardzo rozszerzony, podobnie jak pęcherzyk żółciowy, który leżał bardzo nizko. Odpływ żółci zupełnie zatamowany. W wątrobie ropnie.

Co się tyczy wskazań leczniczych, to przy ich stosowaniu powinniśmy się trzymać danych anatomiczno-patologicznych. Według Kehra ostrych zapaleń nie należy operować, natomiast wskazanie stanowią przypadki przewlekłe — ropniak i wodniak pęcherzyka żółciowego. Na leczenie wewnętrzne, zwłaszcza zaś leczenie karlsbadzkie, Kehr zapatruje się sceptycznie. Że nie chodzi w tym razie o »furor operatorius«, to najlepszym dowodem tego jest fakt, że na blizko 4000 chorych, którzy się do Kehra, jako do chirurga, a więc z zamiarem poddania się operacyi z przyczyny cierpień dróg żółciowych zgłaszali, zdecydował się on operować tylko 1100. Ci zaś 1100 wszyscy przebywali leczenie w Karlsbadzie, niekiedy po razy 10. Podczas operacyi nie zdarzyło się też Kehrowi nigdy zauważyć jakichkolwiek śladów leczenia karlsbadzkiego na kamieniach, n .p. ich rozpuszczania się i t. d.

W dyskusyi zapytuje Obniski, czy w przypadku drugim w przewodzie pęcherzykowym nie było kamyków. — Makowski odpowiada, że kamyków nie znaleziono, dodaje nadto, iż w przypadkach drugim i trzecim badanie mikroskopowe nie wykazało obecności drobnoustrojów. — Br. Kozłowski przytacza przypadek (pokazując przytem kamyki żółciowe), przez siebie operowany, a dotyczący chorej, która nigdy nie miała żółtaczki. Cała okolica pęcherzyka żółciowego była zrośnięta, twarda i sprawiała wrażenie raka. Zrosty jednak dały się powoli oddzielić i podobnie jak w trzecim przypadku Makowskiego pokazało się, że chodziło o przedziurawienie pęcherzyka, ów zaś rzekomy nowotwór był poprostu tylko nacieczeniem zapalnem. — Sągajło powstaje przeciwko odmawianiu wszelkiego znaczenia leczeniu zachowawczemu przy chorobach dróg żółciowych. Przecież i ze statystyki przytaczanego przez Makowskiego Kehra wypada, że część tylko, i to mniejsza, przypadków nadaje się do chirurgicznego leczenia, pozostałe muszą być leczone wewnętrznie, a więc także przy pomocy Karlsbadu. S. nie rozumie, co miał na myśli prelegent, mówiąc o anatomiczno-patologicznych danych przy stawianiu wskazań leczniczych; za życia chorego wszelkie wiadomości o stanie jego choroby, a więc i wskazania lecznicze osiągamy przecież tylko drogą klinicznego badania. — Makowski wyjaśnia, iż od czasu Virchowa zwykliśmy się kierować anatomiczno-patologicznemi wyobrażeniami przy klinicznem badaniu choroby, starając się pogodzić wyniki obserwacyi klinicznej przy łożu chorego ze znanymi nam anatomiczno-patologicznymi faktami. Tak, np. nawiązując do zajmującego nas w tej chwili działu, możemy za pomocą klinicznego badania rozpoznać zgorzel lub zwyrodnienie włókniste pęcherzyka żółciowego. — Rumszewicz twierdzi, że wyniki te otrzymujemy drogą badania klinicznego, z czem Makowski zgadza się, dodając jednak, że postępując drogą kliniczną, kierujemy się obrazem anatomicznym. — Obniski mniema, że anatomia patologiczna przy leczeniu chorób pęcherzyka żółciowego nie jest ani mniej, ani więcej potrzebną, niż przy innych chorobach. Co się tyczy etyologii, to znaczenie zakażenia dla powstawania chorób pęcherzyka żółciowego podnieśli pierwsi Francuzi, proponując w celu odkażania kalomel. Woda karlsbadzka napewno zmienia skład żółci, co nie jest pozbawione znaczenia, gdyż kamienie powstają prawdopodobnie w ten sposób, że żółć o patologicznym składzie drażni drogi żółciowe, pobudzając je do kamieniotwórczej działalności. U dzieci dla tego może rzadziej dochodzi do wytwarzania się żółciowych kamieni, że żółć ich posiada skład mniej drażniący, a może też dla tego, że dzieci częściej jadają. Mówca przypomina sobie przypadki, gdzie na sekcyi cała prawie wątroba była jakby wypełniona drobnymi kamykami. Tu oczywiście sama tylko operacya nie mogłaby wystarczyć, a leczenie wewnętrzne wydawałoby się koniecznem. — Makowski odpowiada, iż w takich przypadkach Kehr radzi sączkowanie wątroby i długie utrzymywanie sączka, przez który odchodzi wówczas mnóstwo drobnych kamyków i nawrót nie następuje. — Łążyński przypomina, że prelegent nie wspomniał o znaczeniu bólów dla rozpoznania różnych patologicznych stanów pęcherzyka żółciowego, oraz dla wskazań operacyjnych. — Makowski zaznacza, że kierowanie się anatomiczno-patologicznymi obrazami przy badaniu klinicznem, naturalnie nie daje nam wszystkiego, ale pomimo tego obejść się bez nich nie możemy.

Sekretarz *M. Łążyński.*

Trzej Jubilaci

Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Mowa prezesa »Związku« Prof. Dra Stanisława Zaleskiego na uroczystem walnem posiedzeniu »Związku« d. 6/18 grudnia 1908 r.

Doctrina sed vim promovet ultimam,
Rectique cultus pectora roborant!

W uporczywej walce o byt i samoistność społeczeństw, za któremi nietylko tradycya przeszłości przemawia, że mogą jeżeli nie przodować, to w każdym razie nie stać na szarym końcu, nad któremi jednak zawisło fatum dziejowe, skazujące je na powolny i stopniowy, a przez to może tem pewniejszy proces odrodzenia; w przewrotowych i rozwojowych fazach takich społeczeństw, mężowie hartu ducha i obfitszych jego zasobów, przy jasno zarysowanej i niechwiejącej się swej indywidualności naukowej, są jak gdyby temi ogniskami optycznemi, w których nietylko się skupiają, lecz i przez nie przechodzą wszelkie promienie, czy to prawidłowe, czy też uległe zboczeniu. Jednem z najważniejszych zadań takich instytucyi, jak nasz młody tutejszy »Związek polski lekarzy i przyrodników«, jest mężów takich śród obczyzny poszukiwać, wyczuwać ich niekiedy niemal instyktownie, gdy niekorzystne warunki zewnętrzne usiłują ich zwrócić na błędne tory lub manowce, z jasno niegdyś wytkniętego, lecz chwastem obecnie porastającego szerokiego gościńca dorobku narodowego i mówić im: »Tu wasza droga do pracy na niwie ojczystej«, a gdy na taką drogę wejdą, — wskazywać w ich osobie na żywy, a pouczający przykład dla młodych pokoleń do zachęty i naśladownictwa. Zasługi jednak takich szczęśliwych wybrańców losu o wyróżniającym się umyśle, podnioślejszem sercu i wybitnie zarysowanem poczuciu obowiązku, przy dobrej a silnej woli, wypierającej ich naprzód, potęgują się i nierównie dalej poza zwykłe granice przechodzą, gdy w mężach tych zrządzeniem trafu i okoliczności, od najmłodszych lat na obcą ziemię rzuconych, a często na niej i zrodzonych, samoistnie tkwi zawsze i nigdy nie gaśnie wspomnienie o rodzimych zasobach wiedzy, kultury i cywilizacyi, zagrzewające ich do pracy, ile tylko można i gdzie tylko można dla pomnożenia narodowego dorobku ojców swoich i podtrzymania przez osłabłe ręce podjętego i mężnie naprzód niesionego sztandaru. Chwile przełomowe u wszystkich niemal narodów rodzą takich mężów, a u nas może więcej, niż u innych, i w tem nasza siła i nasza niesłabnąca wiara w lepszą przyszłość i dolę. A gdy ilość takich rycerzy ducha i umysłu zmniejsza się lub niknie zupełnie, biada samemu narodowi, gdyż grozi mu, niby widmo śmierci, nieubłagana, a nieomylna przepowiednia, że jest skazany na zagładę!

W wyjątkowo niesprzyjających dla nas warunkach w kilku ostatnich dziesiątkach lat ubiegłych, gdy rogatkę ma się przed sobą i poza sobą, gdy nawet oględne ruchy stają się utrudnionymi, dalekie a ciężkie obchody dla wysunięcia się naprzód znamionować mogą tylko niezwykłe, a niewyczerpane siły zarówno intelektualne, jak i fizyczne, właściwe wodzom zawsze i w każdej życia godzinie, zarówno pewnym, jak doświadczonym i wytrawnym.

To też po dwakroć — po trzykroć błogosławieni niech będą ci, co tę drogę mężnie przebywają, nie zrażając się ani jej trudnościami, ani też ostatecznym wynikiem z góry utrudnionego, lub ograniczonego celu, do jakiego dążą!

Związek nasz w zaraniu swego powstania szczęśliwym się nazwać może, że właśnie takich mężów posiada i że dziś, czcząc tradycye, wiekami uświęcone, aż trzem takim mężom złożyć może hołd wysokiego uznania i głębokiego szacunku. Właśnie tylko co przekroczyliście dwudziestopięciolecie owocodajnej Waszej, acz ciężkiej pracy zawodowej, nacechowanej wysokiem, w czynie ujawnianem pojęciem o dobru publicznem, i oto jest właśnie ów moment tradycyjny, który nam daje możność głębiej się zastanowić nad Waszą ćwierćwiekową działalnością dla wpisania Waszych imion złotemi głoskami w księdze zasłużonych polskich uczonych i obywateli.

Przystępując do poszczególnego złożenia zasłużonej daniny każdemu z Czcigodnych naszych Jubilatów, nie w alfabetycznym porządku ich nazwisk, a w chronologicznym porządku ich zasług dla naszego »Związku« i ich jubileuszów, winniśmy uwagę naszą zwrócić na wiceprezesa naszej instytucyi, prof. Dra Józefa Ziemackiego.



Wybitny nasz chirurg i działacz społeczny, syn p. Franciszka Ziemackiego, ujrzał światło dzienne na Litwie, w Wilnie, 6 września 1856 r., gdzie też w 1875 r. ukończył miejscowe gimnazyum klasyczne, a w 1882 r. słynny podówczas na cały świat dorpacki uniwersytet, który przysporzył nam tylu rodaków, stojących na świeczniku sławy i rozgłosu. Młody nasz lekarz, już wtedy przejawiający skłonność do chirurgii i chorób kobiecych, pomnożył wkrótce ich liczbę. 7 maja 1883 r. broni w tymże uniwersytecie rozprawy p. t. »Beitrag zur Kenntniss der Micrococcenkolonien bei septischen Erkrankungen« i uzyskuje stopień doktora medycyny. Jako świadek tej obrony winienem zaznaczyć niezwykłe jej powodzenie, co dało możność już podówczas zwrócić szczególną uwagę na młodego jeszcze i początkującego adepta medycyny. Od 1 września tegoż roku widzimy go na stanowisku lekarza-asystenta przy oddziale chirurgicznym żeńskiego Obuchowskiego szpitala miejskiego w Petersburgu, gdzie pracował pod kierunkiem D-rów Assumusa i E. Moritza. Po czterech latach, w 1887 r., przechodzi jako nadetatowy ordynator chirurgicznych oddziałów, będących pod zawiadywaniem znanego chirurga Dra A. A. Trojanowa do tegoż Obuchowskiego szpitala męskiego, gdzie w różnych oddziałach pozostaje do 1890 r. włącznie. W tymże samym czasie zawiaduje przyjęciami chirurgicznych chorych w będącej przy tymże męskim szpitalu lecznicy dla przychodzących chorych i pracuje, jako lekarz, przy schronisku im. Cesarzewicza Mikołaja Aleksandrowicza, będącem w zawiadywaniu instytucyami Cesarzowej Maryi. Niezależnie od tego, w ciągu czterech przeszło lat (od 1886 do 1890 r.), doskonalił się praktycznie na polu chorób kobiecych i położnictwa w Nadieżdińskim Instytucie położniczym, pod kierunkiem znakomitego naszego rodaka prof. Dra A. Krasowskiego.

Pod koniec 1890 roku wskutek zaproszenia połtawskiego gubernialnego zarządu ziemskiego, widzimy Dra Ziemackiego na stanowisku ordynatora, zawiadującego oddziałem chirurgicznym i chorób kobiecych w Połtawie, w tamtejszym szpitalu gubernialnym. Będąc na stanowisku tem i pozostając na niem do 1895 r., Dr Ziemacki habilitował się w 1893 r. jako docent prywatny patologii chirurgicznej w uniwersytecie charkowskim, gdzie w ciągu trzech lat wykładał ten przedmiot studentom III i IV kursu wydziału lekarskiego. Począwszy od września 1895 r. powołany został przez ówczesnego dyrektora Ces. Instytutu klinicznego wielkiej księżny Heleny Pawłówny, powszechnie cenionego chirurga prof. M. W. Sklifasowskiego, na starszego asystenta chirurgicznego oddziału przy katedrze kliniki chirurgicznej tegoż Instytutu, prowadzącego kursy chirurgii operacyjnej, wraz z ćwiczeniami na zwłokach, specyalnie dla doskonalących się w chirurgii lekarzy. W ciągu $5^1/_2$ lat, podczas nieobecności i choroby wysłużonego profesora Sklifasowskiego, bardzo często wypadało Drowi Ziemackiemu samodzielnie zawiadywać kliniką. W 1896 r. został mianowany docentem Instytutu klinicznego, a w 1898 r. honorowym profesorem kliniki chirurgicznej. Tym sposobem rok bieżący jest dla prof. Ziemackiego poniekąd podwójnie jubileuszowym, gdyż w maju upłynęło 25-lecie od czasu otrzymania przezeń doktoratu, a wkrótce później 10-lecie profesury.

Niezależnie od obowiązków profesora, począwszy od 31 grudnia 1900, widzimy naszego Jubilata na stanowisku konsultanta tegoż instytutu Ks. Heleny Pawłówny, a począwszy od 1 stycznia 1902 r. nadto i jako konsultanta, zawiadującego chirurgicznymi oddziałami Zjednoczenia Pokrowskiego Sióstr Miłosierdzia.

Jak widzimy, prof. Ziemacki odbył dobrą szkołę chirurgiczną i ginekologiczną i miał obszerne pole, coraz więcej się rozwijające, dla wykazania swej samodzielniej i kierowniczej działalności zawodowej.

Z pod pióra jego wyszło z górą 40 prac, poświęconych przeważnie chirurgii, a po części bakteryologii, anatomii i ginekologii z położnictwem. Nadto pod jego kierunkiem wyszło parę tłómaczeń wydawnictw zagranicznych na język rosyjski, a także zredagowane zostało pomnikowe dzieło jubileuszowe, poświęcone prof. Sklifasowskiemu i wydane w 1900 r. Niektóre z prac prof. Ziemackiego wydane zostały także i w języku polskim. Pomieszczał on nadto w ciągu lat trzech (1884—1886 r.) niemieckie referaty z prac polskich w »St. Petersburger medicinische Wochenschrift«.

Oprócz wspomnianej rozprawy doktorskiej z licznych prac prof. Ziemackiego wymienimy następujące:

1. Uwagi do uwag Dra Rubinsztejna o przyczynach położeń płodu. »Przeg. lek.« Nr 34, 1884.
2. O schyzomycetach w ropie. Tamże, Nr 46—51, 1884 r.
3. Wypadek uleczonego tężca urazowego. »Medycynskoje Obozrenie«, Nr 3, 1885 r.
4. Wlewanie rozczynu soli do żył w skutek ostrej niedokrwistości przy ciąży zewnątrzmacicznej. »Wracz«, 1 34, 1885 r.
5. W sprawie odtłuszczania preparatów mikroskopowych ropy, krwi, plwociny i t. d. przed zabarwianiem w wodnych rozczynach barwników przy badaniu co do drobnoustrojów. »St. Petersburger medicinische Wochenschrift«, Nr 16, 1885 r.
6. Przypadek rozerwania pęcherza moczowego wskutek urazu krocza. »Wracz«. Nr 8, 1885 r. i »St. Petersb. med. Wochenschr«. Nr 25, 1885 r.
7. Próba zastosowania kreoliny przy leczeniu ran i owrzodzeń. »Chirurgiczeskij Wiestnik«, 1888 r.
8. Kilka słów o metodzie operacyi przy sekwestrotomii na szczękach z zachowaniem zębów. Tamże, 1888 r.
9. Bromek etylu i jego stanowisko w szeregu środków znieczulających. »Wojenno-Medicinskij Żurnał«, 1890 r. i »Langenbeck's Archiv f. klin. Chirurgie«, XLII, 1891 r.
10. Przemywanie jam stawowych w chorobach torebek stawowych. »Chirurgiczeskaja Ljetopiś«, 1889 r.
11. Wrażenia z podróży podczas delegacyi naukowej zagranicę. »Trudy Charkowskaho Medicinskaho Obszczestwa« za 1895 r. i »Ljetopiś russkoj Chirurgii« za 1896 r
12, Uwięzienie dolnego odcinka macicy podczas porodu przez główkę płodu przy wejściu do miednicy. »Medicinskoje Obozrenie«, Nr 6, 1891 r.
13. Chirurgiczny oddział w sprawozdaniu szpitala Połtawskiego ziemstwa gubernialnego za r. 1890, Połtawa, 1891 r.
14. Sprawozdanie z oddziałów chirurgicznych szpitala Połtawskiego ziemstwa gubernialnego za 1891 r. Połtawa, 1893 r.
15. Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu, zakończony wyzdrowieniem. »Ziemskij Wracz«, 1894 r. i »Protokoły Obszczestwa Połtawskich Wraczej«, 1893 r.
16. Przypadek pozagardłowego nowotworu (Chondrosarcoma). »Chirurgiczeskaja Ljetopiś«, 1894 r.
17. Przypadek torbieli jajnika z pomyślnem zejściem po wycięciu złośliwie zwyrodniałego nowotworu 19 centymetrów jelita krętego. »Chirurg. Ljetop.« 1894 r.
18. Uwagi o udziale chirurgii w paratyphlitis i peritonitis perforativa. »Przegląd lekarski«, Nr 47, 1895.
19. Leczenie zapalenia gruźliczego kości i stawów wstrzykiwaniami pod okostnę 10% roztworu chlorku cynku według metody Lannelongua. »Przegląd lekarski« 1895 r. »Ljetopiś russkoj chirurgii« 1895 r. i »Revue de chirurgie«, 1896.
20. W sprawie operowania przetok pęcherzowo-pochwowych. »Przegląd chirurgiczny«, 1896 r. i »Prace XII międzynarodowego Zjazdu lekarskiego (sekcya ginekologiczna)« w 1897 r., a także »Żurnał akuszorstwa i żenskich boleźniej«, T. IX, 1897 r.
21. O nadłonowem cięciu pęcherza moczowego przy operowaniu przetok pęcherzowo-pochwowych. »Wracz« Nr 30, 1897.
22. O wskazaniach i wykonaniu wysokiego cięcia pęcherza moczowego na podstawie materyału szpitala Obuchowskiego. »Dniewnik III Sjezda russkich wraczej« Nr 2 i 10, 1889 r.
23. Leczenie guzów złośliwych za pomocą hodowli paciorkowca i mieszanych hodowli paciorkowca i prątka krwawego (bacillus prodigiosus). »Centralblatt für allg. Pathologie u. path. Anatomie«, VIII, 1897.
24. Wyniki leczenia w 20 przypadkach nowotworów złośliwych zapomocą wstrzykiwań surowicy przeciwpaciorkowcowej. »Prace sekcyi chirurgicznej na XII Zjeździe międzynarodowym w Moskwie«, 1897 r. i »St. Petersb. medicin Wochschr.«, Nr 35, 1897 r. Także: »Wojenno-medicinskij Żurnał«, T. 190, 1897 r. i »Przegląd lekarski«, 1897 r.
25. Opisanie przypadku Craniopagus parietalis. »Izwiestija Imperatorskoj Akademii Nauk«, T. VIII, 1898 r.
26. O sposobach leczenia złamań prostych rzepki. »Jubilejnyj Sbornik w czest N. W. Sklifosowskaho«, 1901 r.
27. O wyprostowaniu skrzywień kręgosłupa. »Wojenno-medicinskij Żurnał«, 1901 r.
28. Trzy przypadki wyprostowania garbu według Calota. »Wracz«, Nr 32, 1901 r.
29. O skojarzeniu bromku etylu i chloroformu dla usypiania. »Wracz«, Nr 34, 1901 r.
30. Pokazanie preparatu mięsaka uda z wytworzeniem się mięsakowego zatoru w żyle udowej. »Protokoły zasidanij St. Petersburgskaho Medicinskaho Obszczestwa« za r. 1901.
31. O technice gastroenterostomii. »Prace sekc. chir. na XII Zjeździe międzynar. lekarsk. 1897 r. w Moskwie«.
32. Propozycya nowej zmiany gastroenterostomii. »Bolnicznaja Gazieta Botkina«, 1898 r. i »Ljetopiś russkoj chirurgii«, 1899 r.
33. W sprawie szybkości tworzenia się kamieni w pęcherzu moczowym. »Russkij Wracz«. Nr 39, 1907.
34. Góra Trzykrzyska w Wilnie. »Książka jubileuszowa na cześć Elizy Orzeszkowej« p. t. »Na wyraj«, Petersburg, 1906 r.

(Dok. nast.).

Żywot i nauka Paracelsa,

lekarza, alchemika i filozofa niemieckiego z epoki odrodzenia.

Wykład, wygłoszony dn. 24 października 1908 r. w Polskiem Towarzystwie Filozoficznem we Lwowie.

Podał

Doc. Dr Władysław Szumowski.

(Ciąg dalszy).

Praca literacka odbywała się najczęściej w nocy. To była jego ulubiona pora. Wtedy, jak sam mówi, najlepiej »spekulował, medytował, imaginował«. Albo sam pisał, albo dyktował, chodząc po izbie. Rękopis składał się z nieoprawionych i nawet niepozeszywanych kartek, które się nieraz potem rozlatywały, albo i ginęły. Rękopis jeździł w torbie skórzanej, albo był oddawany w skrzynce do przechowania oberżyście. Paracels za życia swego mało co wydrukował: z ważniejszych rzeczy parę rozprawek o kile, która wtedy po raz pierwszy czyniła ogromne w Europie spustoszenie; dzieło *Die Grosse Wundarzney*, wydane w r. 1536, i powtórnie w roku 1537. Próżne były starania Paracelsa, żeby wydrukować i pozostałe pisma. Na podstawie orzeczenia lipskiego Wydziału lekarskiego odmówiono Paracelsowi pozwolenia na druk w Norymberdze, podobnie nie udało się drukować w Wiedniu, w Zurichu, w Kolmarze i t. d.

Mimo tych niepowodzeń sława Paracelsa, jako niezwykłego lekarza, była ogromna. Opowiadano, że czyni cuda, jak Hippokrates. Świadkiem niezwykłego wyleczenia był nadworny lekarz króla polskiego Zygmunta Starego Wojciech Basa, który przyjechał do Paracelsa w odwiedziny. Paracelsa wezwano do chorego, który według zdania lekarzy już umierał. Paracels obejrzał umierającego i zaprosił go do siebie na drugi dzień na obiad. Rzeczywiście chory niebawem z łóżka się podniósł i na obiad przybył. Wojciech Basa był olśniony niesłychaną pewnością siebie, z jaką Paracels przepowiedział wyleczenie[1]).

Jedną z ostatnich znanych dat z życia Paracelsa jest data 5. sierpnia 1541 roku z Salcburga. Datę tę nosi porada lekarska, udzielona listownie przez Paracelsa Franciszkowi Bonerowi z Krakowa, który przysłał do Salcburga posłańca z bogatymi darami. Porada ta jest drukowana w pismach Paracelsa. W siedm tygodni potem Paracels umarł w Salcburgu. Znany jest testament Paracelsa, podyktowany przez niego na 3 dni przed śmiercią.

Działo się w południe dnia 21. września 1541 roku w dzień apostoła Mateusza w małej izdebce oberży *Pod Białym Koniem* przy ulicy Raygasse w Salcburgu w obecności cesarskiego publicznego notaryusza Hansa Kalbsohra i siedmiu zaproszonych świadków. Przedewszystkiem testator oddaje swoje życie, śmierć i duszę w ręce Boga Wszechmogącego. Lekarskie dzieła i przedmioty, należące do medycyny, ma dostać mistrz Andrzej Wendl, mieszczanin i cyrulik salcburski, któremu wolno z tem robić, co mu się podoba. Krewni, zamieszkali w Einsiedeln w Szwajcaryi, mają dostać 10 guldenów w monecie, jeżeli jednak w przeciągu roku się nie zgłoszą, to wymieniona suma ma być rozdana między biednych. Dwie osoby z pośród świadków, które zostają wykonawcami testamentu, i mają pozbierać pozostawione w różnych miejscach, jak w Augsburgu, w Leoben rzeczy Paracelsa, dostają każda po 12 guldenów w monecie. Reszta ma być rozdana między biednych. Testament ten, świad-

[1]) R. J. Hartmann, str. 141.

czący, że Paracels umiał myśleć o drugich, a zwłaszcza o biednych, był później wydrukowany.

Paracelsus został pochowany przy kościele św. Sebastyana w Salcburgu. Parę razy potem z różnych powodów kości jego przewożono, aż w roku 1752 arcybiskup von Diedrichstein wystawił mu grobowiec w kruchcie u św. Sebastyana, gdzie i dotąd leży. Pamięć o cudownym lekarzu nie zaginęła u ludu. Podobno w czwartem dziesięcioleciu XIX. wieku podczas panującej w Austryi cholery ludność odbywała pielgrzymki do grobu Paracelsa. R. J. Hartmann podaje, że i dzisiaj widuje się baby, modlące się ze szczególnem zamiłowaniem pod grobowcem Paracelsa. Czy modlą się one za niego, czy do niego?

Pisma Paracelsa nie odrazu doczekały się wydania po jego śmierci. Z początku szły w świat odpisy. Było ich tak wiele, że oryginalne rękopisy Paracelsa były sprzedawane za drogie pieniądze. Adam von Bodenstein, pierwszy wydawca niektórych pism, opowiada o wielkich kosztach, które ponosił przy zbieraniu rękopisów. Kompletnem wydaniem pism Paracelsa zajął się dopiero w roku 1589—1590 Jan Huser. Sława Paracelsa w drugiej połowie XVI. wieku wzrosła jeszcze bardziej. Sam arcyksiąże Ferdynand Habsburg wydał odezwę do stanów karyntyjskich, w której prosi, by mu nadsyłano sławne pisma Paracelsa, chce bowiem je zbadać i może z nich każe co odpisać. Jednocześnie ze wzrostem sławy Paracelsa powstawał zyskowny proceder fałszowania pism jego. Stąd długi czas nie było pewności, które pisma wyszły rzeczywiście z pod pióra Paracelsa, a które są podrobione, a i dziś krytyka jeszcze nie jest skończona. Sporne kwestye dotyczą najwięcej pism o treści teologicznej, które nie wyszły nawet w wydaniu Husera i ukazały się w druku dopiero później.

Najważniejsze pisma Paracelsa są:

1. *Paragranum* (*Das Buch Paragranum, darinn die vier Columnae, als da ist Philosophia, Astronomia, Alchimia und Virtus, auff welche Theophrasti Medicin fundirt ist, tractirt werden*). Po raz pierwszy wydane w roku 1565 przez Adama Bodensteina. Pismo to, jak widać z pełnego nagłówka, traktuje o podstawach medycyny.

2. *Opus Paramirum*, wydane po raz pierwszy w r. 1562 przez tego samego wydawcę. Dzieło to obejmujc główne zasady nauki Paracelsa, w szczególnością naukę o pięciu »Entia«, jako przyczynach chorób.

3. *Grosse Wundarznei.* Dzieło to, składające się z kilku części, było wydane w latach 1528—1537 przez samego Paracelsa i zawiera główne podstawy chirurgii.

To są najważniejsze dzieła Paracelsa.

W pismach swoich Paracels uczy, że świat został stworzony przez wszechmocnego Boga i że jest od niego zależny, jednakże pogląd ten u Paracelsa jest cały zabarwiony panteistycznie, gdyż dla niego Bóg i natura — to jedno i to samo. Natura jest jedna i niepodzielna. W naturze odbywa się wprawdzie rozwój: n. p. ziemia jest szara, a z wiosną staje się zielona, niebieska, czerwona, biała; albo z jednego orzecha rozwija się wiele rzeczy: drzewo, kora, korzenie. Ale tak samo, jak już w jednej szarości tkwi wielość barw, a w jednym orzechu wielość części rośliny, tak samo wielość przyrody tkwi w jej wewnętrznej jedności. We wszechświecie istnieje duchowy związek wszystkich rzeczy ze sobą. Wszechświat jest żywą istotą, i w swoim rozwoju przechodzi przez te same fazy, co i każdy żywy organizm. Analogia między wszechświatem-makrokosmos, a człowiekiem jest zupełna. Człowiek jest to mikrokosmos, który mieści w sobie wszystkie te same składniki, co i wszechświat, i który jest tylko odzwierciedleniem wszechświata. Dlatego jedyną drogą do poznania istoty człowieka jest zbadanie przyrody, czyli »człowieka zewnętrznego«. »So der Philosophus Majorem Mundum wol erkennt in Himmel unnd Erden, unnd in allen ihren Generationibus, so hat er die Erkanntnuss zu verstehen Minorem Mundum«.

Ostatnie widzialne składniki wszechświata, a więc i człowieka to są: siarka, rtęć i sól. Weźmy n. p. drzewo, które się pali. Co ogień z drzewa spali, to jest siarka; to, co dymi, to jest rtęć; to, co się zostaje w popiele, to jest sól. Boski pierwiastek świata w każdej rzeczy poszczególnej ukazuje się pod osobną formą, a w człowieku, jako osobny pierwiastek życiowy, jako duch osobniczy, nazwany przez Paracelsa »archeus«. Pojęcie archeusza jest bardzo ważne i odzywa się ono i w późniejszej nauce niejednokrotnie, choć pod inną nazwą. Archeusz bowiem, choć u Paracelsa jest niekiedy podobny do jakiegoś demona, w gruncie rzeczy przedewszystkiem jest siłą życiową, uznawaną i później i dzisiaj przez szkoły witalistów. Archeusz to jest według wyrażenia Paracelsa »wewnętrzny alchemik«, (der innwendige Alchemist), który oddziela z pożywienia rzeczy pożyteczne od szkodliwych, i w ogóle zarządza wszystkiemi czynnościami organicznemi. Istotą choroby jest opanowanie archeusza przez obce potęgi duchowe. Pojęcie choroby jest więc dynamiczne, a nie anatomiczne. Bezpośredniemi przyczynami chorób są t. zw. u Paracelsa »Entia«. Są to »Ens astrorum«, t. j. czynniki kosmiczne i klimatyczne, »ens veneni«, t. j. szkodliwe części pokarmów, »ens naturale«, niedokładności organizacyi cielesnej, »ens spirituale«, zboczenia umysłowe, i »ens deale«, dopust boży. (Dok. nast.).

Zjazd lekarzy i higienistów w Lublinie.

Około 200 lekarzy zebrało się do Lublina na Zjazd higieniczny, który się odbył 26, 27 i 28 września 1908. Pierwsze posiedzenie (ogólne) zagaił Dr Jaworowski, wiceprezes lubelskiego Oddziału Towarzystwa higienicznego w zastępstwie złożonego chorobą prezesa, Dra Tołwińskiego i przedstawił rozwój miasta Lublina pod względem historycznym i sanitarnym. Następnie po ukonstytuowaniu się prezydyum Zjazdu, po przemówieniu radcy miasta Lublina, p. Tadeusza Piotrowskiego i odczytaniu nadeszłych telegramów, wygłosił prezes warszawskiego Tow. hig. Dr J. Polak rzecz **o działalności warszawskiego Towarzystwa higienicznego** w ciągu dziesięciu lat jego istnienia i o programie przyszłej jego działalności. Towarzystwo hig. warsz., którego pierwsze zebranie odbyło się w Warszawie dnia 1 czerwca 1898, posiada 13 oddziałów prowincyonalnych, około 1.100 członków czynnych i tyluż zwyczajnych; w ciągu istnienia swego odbyło około 700 posiedzeń w Warszawie i 1.700 w oddziałach prowincyonalnych; średni budżet jego wynosi w Warszawie około 5.700, a na prowincyi około 7.500 rubli rocznie, nie licząc budżetów instytucyi Towarzystwa. Towarzystwo posiada w Warszawie znane powszechnie ogrody dziecięce imienia W. E. Raua z kapitałem 300.000 rb, w których to ogrodach około 400.000 dzieci rocznie odbywa ćwiczenia fizyczne; podobne, acz skromniejsze ogrody powstały i w różnych oddziałach na prowincyi. Druga wielka instytucya Tow., Instytut higieny dziecięcej im. Lenvala z kapitałem około 100.000 rb. podaje różnorodną pomoc w zakresie higieny około 20.000 dzieciom rocznie. Trzecia instytucya: sanatoryum dla chorób piersiowych, (które imieniem Dunina nazwaćby można), posiada już do 200.000 rb. kapitału. Towarzystwo i jego oddziały posiadają skromne księgozbiory, przyczyniają się do powstawania łaźni ludowych, stacyi szczepienia ospy, utrzymują muzeum higieny ludu w Częstochowie, zakładają »Krople mleka«, urządzają zjazdy i wystawy, oraz konkursy, udzielają drobnych zasiłków na cele zdrowia publicznego, utrzymują czasopismo higieniczne, wydają broszury, urządzają odczyty publiczne, urządzają nadzór higieniczny obywatelski, wchodzą w stosunki z władzami i instytucyami, usiłują uruchomić wszelkie motory, jakie w ogólności gdziekolwiek i kiedykolwiek dla zdrowia publicznego stworzono.

Z faktów konkretnych, wpływami Towarzystwa uzyskanych, należy przedewszystkiem wymienić uruchomienie przeważnie na cele higieniczne kapitałów zapasowych miast, a nawet zaciąganie długów na cele higieny, jak n. p. w Radomiu i Lublinie. W całym szeregu miast wybudowano bruki (Gębin, Tomaszów rawski), studnie (Lubartów, Hrubieszów), rzeźnie (Tomaszów lubelski). Znamiennem jest, że i miasta same zaczęły się zwracać do Towarzystwa o radę i wzywać na miejsce, jak to zdarzyło się w Radomiu, Przasnyszu, Łukowie, Siedliszczu i Wieluniu. Dziesięcioletni okres Towarzystwa nazywa Dr P. okresem obudzenia pragnień, a że nie masz przykładu w dziejach ludzkich, aby rozbudzone pragnienia pozostawały bez skutków, więc ma nadzieję, że »jeśli nie osiągniemy celów naszych dla nas, to zasiew nasz uszczęśliwi przynajmniej potomstwo nasze«. Do urządzeń, które wiodą do celów, stanowiących trzy podstawowe części programu Zjazdu: najszerszego spopularyzowania higieny, zabiegów dążących do podniesienia zdrowotności miejsc zaludnionych i rozwoju fizycznego, idącego w parze z rozwojem duchowym dziatwy i młodzieży, zalicza prelegent centralny Instytut higieniczny, już przez Radę Tow. zapoczątkowany (plac i zarodek funduszu) i organy obwodowe, któreby przenosiły higienę pod strzechy włościańskie. W końcu przypomina prelegent, że wobec braku rozumu i dobrej woli u tych, co rządzą losami naszymi, zginęlibyśmy, gdyby nie ofiarna samopomoc społeczna i dlatego po latach dziesięciu nic z zadań Towarzystwa się nie zmieniło, Towarzystwo nie stanęło na żadnym przełomie.

Tegoż dnia popołudniu wygłoszono szereg odczytów z działu **higieny miast i osad.**

Obrady pod przewodnictwem Dra Chełchowskiego rozpoczął odczytem **o higienie miast małych** Dr Certowicz z Włocławka. Na 80 kwestyonaryuszy rozesłanych do lekarzy miejskich i powiatowych, otrzymał autor ledwo 27 odpowiedzi. Z zestawienia na tym materyale opartego wynika, że śmiertelność w niektórych miastach (Grojec) dochodzi do 38% i że ani jedno miasto nie odpowiada najskromniejszym wymogom higieny co do bruków, chodników, ścieków, oświetlenia, cmentarzy, usuwania odpadków i nieczystości, wody do picia i t. d. Co do kąpieli i czystości mieszkańców, wystarczy powiedzieć, że przed 2 laty zamknięto gmach łazienkowy w Łowiczu dla braku kąpiących się. Zestawienie autora przesunęło przed oczyma słuchaczy smutny obraz stosunków prowincyonalnych w Królestwie i każe smutne wysnuwać horoskopy na przyszłość na wypadek, gdyby któraś z poważniejszych chorób zakaźnych u nas kiedy zagościła. — W tym też duchu przemawiał następny referent Dr Maciesza z Płocka. Czytał on rzecz **o stanie zdrowotnym miast naszych i niektórych sposobach jego polepszenia.** Na podstawie statystyki urzędowej z r. 1905 dowodzi autor, że śmiertelność z chorób przewodu pokarmowego, gruźlicy i chorób zakaźnych przekracza najwyższe znane liczby wszystkich miast Europy. Plagą Królestwa jest także alkoholizm. Mieszkaniec miasta w Królestwie wydaje średnio rocznie 10 rb., mieszkaniec wsi 4·23 rb. na wódkę. Dr M. dochodzi do wniosku, że przy dotychczasowym systemie gospodarki miejskiej o zupełnem wykorzenieniu zła nie może być mowy, że jednak sprawy nie wolno zaniedbywać, i acz tylko paliatywnie, ale działać należy, szerząc oświatę. — Tego samego domagał się Dr Michałowski z Żelechowa w odczycie **o higienie miast mniejszych**, o **higienie zaś osad** mówił Dr Szymon Klarner. Ciekawe daty z **gospodarki** finansowej **zarządów miejskich** w Król. Pol. z wyłączeniem Warszawy przytoczył Dr Józef Jaworowski. W Europie zachodniej miasta nie mają żadnych wolnych kapitałów, a najczęściej bywają obdłużone. I tak Berlin ma 120 milionów długu, Bruksella przeszło 100 milionów, Lipsk około 30 i t. d. Przeciwnie miasta i miasteczka Król. Pol. posiadają kapitały zapasowe, jednocześnie nie mają żadnych urządzeń higienicznych, częstokroć nie mają nawet wody do picia, bruków, oświetlenia, łaźni i t. p. Podobne braki dają się zauważyć i w dziedzinie szkolnictwa, dobroczynności publicznej i w dziedzinie potrzeb duchowych. Upośledzenie miast naszych tłomaczone bywa brakiem funduszów, tymczasem rzecz się ma wręcz przeciwnie. Kapitały są, tylko nie są odpowiednio używane. Kapitały miejskie są złożone w Banku Państwa, który je zresztą niechętnie przyjmuje do oprocentowania, wskutek czego znaczna część tych funduszów bywa składana w ministeryum spraw wewnętrznych bez procentu. Coroczne remanenty są również składane w ministerstwie spraw wewnętrznych. A zarządy miejskie w Król. Pol. mają specyalną ambicyę, przy układaniu budżetów i ich wykonywaniu wykazywać mniej lub więcej znaczne przewyżki dochodów nad rozchodami, upatrując w tem widocznie właściwy cel miejskiej gospodarki. Charakterystycznem jest przytem, że więcej, niż połowę ogólnych wydatków, pochłania utrzymanie samych zarządów miejskich. W Łodzi, Płocku, i Siedlcach utrzymanie zarządu miasta pochłania $^2/_3$, a w Łomży aż $^3/_4$ ogólnych wydatków. Na każdy rubel wydany na oświatę i cele dobroczynne przypada średnio 6·4 rb. na utrzymanie zarządu miejskiego. Spora część idzie na powiększenie kapitałów. W ostatnich latach 18 wzrosły kapitały miast gubernialnych o 105%. Zestawienie remanentów miejskich z wydatkami na oświatę zakrawa poprostu na bolesną ironię: Tak n. p. Grojec w r. 1908 odkłada remanentu przeszło 2.000 rb., a na szkoły wydaje zaledwie 295 rb.; Brześć kujawski, który zaoszczędza bez potrzeby w budżecie na r. 1908 rubli 1100, przeznacza na szkoły... 57 rb.; Gąbin przy remanencie 4.900 rb., daje na zakłady dobroczynne... 153 rb., Skierniewice odkładają 850 rb. oszczędności, natomiast nie dają ani grosza na szkoły! Takich przykładów jest cały szereg. Niektóre tylko miasta nie przesadzają w dążności do odkładania remanentów (Płońsk, Łowicz). Niema szkół, niema szpitali, w razie epidemii ludność może być zdziesiątkowaną wobec ohydnych warunków sanitarnych, — ale są remanenty, nie przynoszące nadto żadnych dochodów, chociaż nie żąda tego ani ministeryum, ani skarb państwa, ani władza krajowa. Przeciwnie! naczelna władza krajowa zalecała zarządom miejskim równoważenie dochodów i rozchodów bez sztucznego wytwarzania remanentów.

W dziale higieny miast i osad mówił jeszcze Dr Antoni Weissel **o działalności lekarza w gminie samorządnej,** domagając się utworzenia w każdej gminie stałej rady sanitarnej, w skład której wchodziłby lekarz z głosem stanowczym, a wreszcie p. Bronisław Koskowski mówił **o żywieniu się mieszkańców małych osad,** głównie żydów. Staranne badania dowiodły, że włościanin żywi się znośnie latem, żydzi zaś nie lepiej się żywią, niż chłopi, spożywają mniej białka i tłuszczów, niżby należało.

W sprawie **popularyzacyi higieny** zabierali głos dwaj referenci, Dr S. Sterling z Łodzi i Dr Maciesza z Płocka. Sterling żąda, by wiadomości z higieny szerzyła szkoła, by w tym celu przygotowywać nauczycieli przez wydanie odpowiedniego podręcznika i katalogu istniejących pism popularnych, przez systematyczne kursy wakacyjne dla nauczycieli. Żali się wreszcie na lekceważenie przez księgarzy wydawnictw popularnych, więc tanich, co gubi w zarodku usiłowania dotychczasowe w kierunku popularyzowania wiedzy. Drugi referent Dr Maciesza podnosi, że popularyzacya higieny weszła u nas niedawno na nowe drogi. Pchnęło ją na nie zawiązane Tow. higieniczne i nowela z 16 października 1901, ułatwiająca urządzanie odczytów i pogadanek. W r. 1903 sekcya higieny ludowej W. T. H. na wystawie w Miechowie zorganizowała bodaj pierwszą w Europie wystawę higieniczną dla włościan. Ta pierwsza próba zachęciła Tow. hig. do założenia stałego muzeum higienicznego w Częstochowie, dostępnego, ze względu na stałe pielgrzymki do klasztoru Jasnogórskiego, dla olbrzymich mas ludowych z całej Polski i do organizowania dalszych wystaw higienicznych na wystawach rolniczych powiatowych. Rzucono też projekt wystawy higienicznej ruchomej. W dalszym ciągu zatrzymuje się Dr M. dłużej nad obecną działalnością płockiego Domu Ludowego w kierunku popularyzowania higieny wśród ludu i zwraca uwagę, że w Płockiem Kółka rolnicze przejęły się ideą popularyzowania wiadomości z higieny i zapisały się na członków Tow. hig. warsz. Za Kółkami poszły towarzystwa współdzielcze i sklepy spożywcze. A teraz powinno warsz. Tow. hig. wyszukiwać w miarę możności prelegentów, wysyłać ich z odczytami na prowincyę do Kółek rolniczych, towarzystw współdzielczych i t. d. Autor radzi założyć muzeum higieniczne ruchome najpierw w Warszawie, a potem przy oddziałach prowincyonalnych. Tow. hig. warsz. powinno towarzystwa na prowincyi zaopatrywać w swoje wydawnictwa, oraz pośredniczyć w nabywaniu okazów i tablic.

O zaopatrzeniu ludności w wodę napisał referat Dr Tołwiński. Referat ten odczytał z powodu choroby autora syn jego. Badania autora obejmują powiat lubelski, ale autor jest przekonany, że stan podobny jest wszędzie zresztą w kraju. Okazało się, że z 637 osad ludzkich pow. lubelskiego, w 186 z liczbą ludności 39.292, czyli 28.9% całej ludności powiatu, niema zupełnie studzien, a w 87 miejscowościach z 35.761 ludności czyli 26,2% ludności powiatu ilość studzien jest bardzo mała, a więc 55,1% ludności albo wyłącznie, albo przeważnie pije wodę z rzek, stawów i t. p., a często nawet z dołów, napełnionych gnijącą deszczówką. W tych samych rzekach ludność miejscowa często pierze bieliznę, pławi konie i bydło, często chore. A i tam, gdzie są studnie, to zwykle nie są dostatecznie zabezpieczone od zanieczyszczeń. Użytkuje więc ludność wodę, nieodpowiadającą najprostszym zasadom higieny. Jak jednak złemu zaradzić? Ponieważ bez prawdziwego samorządu nie ma co nawet i marzyć o gruntownem usunięciu zła, dlatego radzi referent zabezpieczyć źródła, co można osiągnąć tanio przez umieszczenie kręgu betonowego; w studniach dawać cembrzynę betonową i ustawiać pompy. Przeciwko piciu wody z rzek należy walczyć jak najusilniej. W miejscowościach nadrzecznych należy budować studnie abissyńskie, łatwe w zastosowaniu i tanie.

Jedną z najpilniejszych potrzeb, **pomoc położniczą na wsi,** omawiał Dr Czerwiński i postawił następujące wnioski: 1) Każdy szpital prowincyonalny, posiadający oddział położniczy, powinien być bezpłatną szkołą dla akuszerek wiejskich; 2) uczennice tej szkoły w pierwszych latach jej istnienia powinnyby się rekrutować wyłącznie z pośród włościanek.

O higienie ubiorów ludowych mówił Dr Malewski, a po nim zdał sprawę Dr A. Puławski z 4-letniej działalności **kąpieli im. Bol. Prusa i ambulatoryum włościańskiego w Nałęczowie.**

W dziale **o ochronie dzieci i młodzieży** nawoływał do **walki ze śmiertelnością dzieci** Dr Jan Bączkiewicz i wygłosił referat szeroko zakreślony i zawierający wszystkie szczegóły, dotyczące tej sprawy. Potem odczytał dyrektor Karol Rose z Berlina rzecz **o ubezpieczeniu robotników w Europie.** Sprawę tę postanowiono postawić jeszcze raz na porządku dziennym przyszłego Zjazdu ogólnego z ewentualnym udziałem

sfer zainteresowanych. Potem przemawiał w tym dziale Dr T. Heryng z Warszawy na temat: **O nowej metodzie wyjaławiania mleka** i przedstawił własny aparat. Żadna ze znanych dotąd metod wyjaławiania nie może uczynić mleko zupełnie jałowem bez rozkładu zawartych w niem ważnych zaczynów i ciał ochronnych. Sposób zaś Dra Heryngaa polega na tej własności zaczynów mlecznych, że z wyjątkiem lipazy znoszą one bez rozkładania się ciepłotę 75° C, jeśli nagrzanie trwa bardzo krótko, t. j. 5—10 sekund i mleko zaraz zostanie stosownie oziębione (8—10° C). W tym celu zbudował Dr H. do domowego użytku mały przyrząd, który w jak najkrótszym czasie wyjaławia 200—250 gr. mleka, t. j. dawkę dostateczną do jednorazowego nakarmienia dziecka. Zapomocą pary lub nagrzanego, ścieśnionego powietrza zostaje mleko rozpylone przy pomocy pulweryzatora w szklannym kondenzatorze, w którym nagrzane do 75—80° C, skrapla się i spływa do odbieralnika i w nim zostaje natychmiast oziębione. Metoda ta przedstawia następujące korzyści: 1) Mleko zachowuje swe własności fizyczne t. j. kolor, zapach, smak i tłuszcze. Ilość cukru jest nieco zmniejszona odpowiednio do ilości dodanej wody, koniecznej w mleku przeznaczonem dla niemowląt. 2) Substancye białkowe pozostają niezmienione. 3) Mleko takie przy ciepłocie 10° C nie ścina się i nie kiśnie przez 6—8 dni. 4) Przy ciepłocie 4° C mleko to nie kiśnie przez 10 dni, jeśli przechowane jest bez dostępu światła. 5) Stanowi ono najodpowiedniejszy pokarm dla niemowląt i nie wymaga powtórnego przegotowywania. Najlepiej przechować je w $^1/_2$ litrowych flaszkach, »Thermos«, w których zachowuje ciepłotę do 14 godzin. 6) Mleko przez rozpylanie ulega homogenizacyi. 7) Podana metoda może być stosowana i w wielkich mleczarniach, wymaga jednak, aby do rozpylania używać przegrzanego i sterylizowanego powietrza pod odpowiedniem ciśnieniem. 8) Aparat autora jest prosty, tani, daje ciepłotę stale 75—80° C bez potrzeby użycia kontroli termometrycznej. 9) Wyniki autora zostały sprawdzone w Berlinie w instytucie hig. Prof. Fickera i w Warszawie przez Dra Serkowskiego i Żurakowskiego. Badania Dra Serkowskiego, który zakażał mleko surowe lasecznikami gruźlicy, duru, bakteryami ropnemi i lasecznikami zawierającymi zarodniki, a następnie wyjaławiał aparatem autora, wykazały, że bakterye chorobotwórcze ulegają zniszczeniu przy ciepłocie o 10° C niższej, niż przez proste ogrzanie mleka. 10) Co do ilości bakteryi, to prof. Ficker otrzymał przy pomocy tego aparatu redukcye kolonii z 908,000 w jednym cm³ do 80 kolonii; przytem ani fermenty, ani substancye białkowe nie zostały zmienione.

W odczycie **o żywieniu niemowląt w Warszawie** zalecał Dr M. Roszkowski »Kroplę mleka«.

W końcu posiedzenia w dniu 27 września wygłosił odczyt Dr W. Puławski z Radziejowa **o walce z chorobami zakaźnemi.** Jestto referat bardzo szeroko nakreślony. Rzecz tę postanowiono jeszcze raz traktować na przyszłym Zjeździe.

W dniu 28 września Zjazd został zamknięty. Przed zamknięciem Dr J. Polak streścił wynik prac Zjazdu i wreszcie przyjęto szereg uchwał, a mianowicie:

W sprawie samorządu uchwalono, że samorząd ziemski i miejski, faktyczny, a nie nominalny, jest warunkiem nieodzownym poprawy stosunków zdrowotnych i normalnego rozwoju kraju; szczególnie ważne jest wprowadzenie samorządu dla uruchomienia kapitałów, oraz wszelkich operacyi finansowych na cele zdrowotne, wymagają one atoli niezmiernie ścisłej kontroli obywatelskiej.

W sprawie uzdrowotnienia Lublina uznano za konieczne ulepszenie wodociągu, budowę nowej rzeźni, urządzenie kanalizacyi, a tymczasowo zastosowanie metod biologicznych oczyszczania ścieków w szpitalach, zadrzewianie miasta, przeniesienie targowisk na obwód miasta, uzdrowotnienie przedmieść i gmin podmiejskich, zaprowadzenie elektryczności, powiększenie liczby łóżek szpitalnych i budowę szpitala zakaźnego, a podnosząc z uznaniem starania prezydenta miasta i obywateli o uzdrowotnienie Lublina, zaznaczono, że prace przygotowawcze powinny być dalej prowadzone jak najenergiczniej bez odkładania ich do wprowadzenia samorządu.

W sprawie zapobiegania cholerze uchwalono zwrócić uwagę na zasadnicze postulaty walki z tą chorobą: 1) uzdrowotnianie osad, głównie przez zaopatrzenie ich w dobrą wodę i usuwanie nieczystości i odpadków, 2) zbadanie pochodzenia wody i terenu w celu zabezpieczenia jej od dostania się zarazków, 3) usunięcie zupełne użytkowania wody ze zbiorowisk otwartych (nawet do celów gospodarczych), 4) nieprzepuszczalność cembrzyn studziennych, 5) w razie wybuchu zarazy urządzenie osobnych szpitali i domów izolacyjnych, odkażanie (palenie rzeczy małowartościowych, wygotowanie bielizny i pościeli chorych w wodzie z ługiem pod osobistym dozorem lekarza lub sanitaryusza, wymycie sprzętów i naczyń, oraz podłogi i wybielenie ścian mlekiem wapiennem, odkażanie pierzyn i poduszek w parnikach, kartoflarkach, rozwieszanie kożuchów, rzemieni i t. p. na dwa tygodnie na strychu zamkniętym i opieczętowanym), 6) nie używanie produktów z miejscowości zakażonych, 7) ułatwienie szczepień ochronnych.

W sprawie chorób zakaźnych uznano za sprawę zasadniczą uczyć ludność zamiłowania do czystości (szczególnie młodzież w szkołach), propagować zakładanie studzien abisyńskich, opracować ogólne wnioski na przyszły Zjazd.

W sprawie szczepienia ospy uchwalono starać się o prawo o obowiązkowem szczepieniu.

W sprawie popularyzacyi higieny uchwalono, by Towarzystwo higieniczne propagowało zasady zdrowotności na szerszą skalę przy współudziale Towarzystw oświatowych, kulturalnych i spółdzielczych, wyszukiwało prelegentów i dostarczało im środków pomocniczych, założyło ruchome muzeum higieniczne, zaopatrywało Towarzystwa oświatowe i t. d. w swoje wydawnictwa, okazy i tablice, zajęło się wydaniem podręczników i urządzeniem wykładów higienicznych dla nauczycieli, urządziło kursy z higieny dla duchowieństwa, zakładało po wsiach kółka »Zdrowia«.

W walce ze śmiertelnością dzieci uznano za najodpowiedniejszą drogę zakładanie »Kropli mleka« przy oddziałach prowincyonalnych Towarzystwa higienicznego, dalej zalecono popularyzacyę higieny wieku dziecięcego, wprowadzenie do szkół żeńskich wykładu o pielęgnowaniu dzieci. W społeczeństwie należy rozbudzać dbałość o rozwój fizyczny dziewcząt, jako przyszłych matek. Należy dokonać jednodniowego spisu dzieci przynajmniej w miejscowościach, gdzie są oddziały Towarzystwa hig., starać się o tworzenie zakładów, mających na celu ochronę matek i dzieci, o ubezpieczenie się kobiet w okresie macierzystwa w odpowiednich zakładach, o uzupełnienie projektu ustawodawstwa fabrycznego postanowieniem, że robotnice fabryczne mają być na 4 tygodnie przed i 4 po porodzie uwalniane od pracy z prawem do płacy za czas choroby.

Co do opieki nad dziećmi wyraził Zjazd życzenie, by przy wszystkich oddziałach prowincyonalnych powstały Wydziały wychowawcze, ogrody gier i ćwiczeń ruchowych na wzór ogrodów im. Rana, by wychowanie fizyczne oparte było w szkołach na podstawach naukowych, a lekarze szkolni zaznajamiali się z tą sprawą praktycznie, by dla ujednostajnienia zasad wychowania nastąpiło zjednoczenie zarządów wszelkich instytucyi, zajmujących się opieką nad dziećmi i wreszcie, by w kraju powstawały przytułki dla dzieci, dotkniętych idyotyzmem, obłąkaniem, padaczką i t. d.

W sprawie pomocy położniczej na wsi uchwalono: Każdy szpital prowincyonalny, posiadający oddział położniczy, powinien być bezpłatną szkołą dla akuszerek wiejskich, a uczennice szkół tych w pierwszych latach ich istnienia powinny się rekrutować z pośród włościanek.

Sprawę ubezpieczenia robotników postanowiono postawić na porządku dziennym najbliższego Zjazdu Towarzystwa lub osobnego Zjazdu z udziałem pracodawców i robotników; wykład p. dyr. K. Rosego ma być wydrukowany i rozesłany oddziałom prowincyonalnym. (*Według »Zdrowia«*). *Stahr.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio galicyjska wzywa wszystkich Kolegów, aby bez porozumienia się z Izbą lekarską nie ubiegali się, ani też nie przyjmowali posady lekarza zarejestrowanej Kasy zapomogowej w Jarosławiu, zajmowanej dotychczas przez Dra Turnheima, któremu posadę bez powodów z dniem 31 stycznia b. r. wypowiedziano.

Dr Ackermann m. p. *Dr Schoengut* m. p.

Wydział Związku krajowego lekarzy w Krakowie (Radziwiłłowska 4) odbył posiedzenie dnia 5. stycznia b. r. Na posiedzeniu tem uchwalono uwolnić od połowy wkładki (to znaczy zniżyć roczną wkładkę na 12 K) bez wyjątku wszystkich tych Kolegów, którzy podpisali zobowiązanie przystąpienia do organizacyi lekarzy, a wyrazili życzenie, ażeby im wkładkę obniżono. Również i na przyszłość będzie wydział tak samo postę-

pował, aż do ewentualnej zmiany statutu, która wysokość wkładki ostatecznie unormuje.

Zarazem podaje wydział Kolegom do wiadomości, że wszystkie instytucye zapomogowe, które dotychczas prowadziło Towarzystwo Samopomocy lekarzy, będzie również prowadził Związek (kasa pogrzebowa, oddział należytości, znaczki receptowe i t. d.).

Związek zgłosił swoje przystąpienie do centralnego Związku austryackich organizacyi lekarskich w Wiedniu i tem samem wprawdzie późno, ale jednak nie zapóźno dokonał tego, co już dawno zrobili lekarze innych krajów koronnych.

Niestety Koledzy utrudniają przez swoją opieszałość utworzenie organizacyi takiej, jaka jedynie może i musi kres położyć popełnianemu na lekarzach wyzyskowi. Jak długo nie należą wszyscy lekarze do organizacyi, tak długo nie ma mowy o zdobyciu przez nią znaczniejszych korzyści.

Wydział nie łudzi się co do przyczyn, jakie wstrzymują rozwój organizacyi. Jakkolwiek w pierwszym rzędzie należy do tych przyczyn zaliczyć wprost karygodną w obecnej chwili indolencyę, to zapewne wielu Kolegów wstrzymuje od przystąpienia do Związku, czyto wysoka stosunkowo wkładka, czy też jedno lub drugie postanowienie statutu. Dotychczas zgłosiło się do Związku zaledwie 160 lekarzy (na przeszło 1400! mieszkających w Galicyi). Czyż to nie dowód wymowny, że lekarze mniej posiadają zrozumienia dla swoich interesów, niż nierównie mniej wykształceni robotnicy, których zawodowe organizacye rosną w oczach? Wszak wkładkę wydział wszystkim żądającym tego obniża, a statut nie jest nietykalnym! Gdyby tych 1240 lekarzy, którzy dotąd trzymają się na uboczu, przystąpiło do Związku, to przecież mogliby z łatwością zmienić statut według swojego życzenia i nadać organizacyi kierunek, który ich zdaniem jest właściwym. Czyż wszyscy ludzie, pracujący bądźto fizycznie, bądź też umysłowo, są zdolni do wspólnej obrony swych praw, a tylko lekarze mieliby stanowić wyjątek?

Wszak już kilkakrotnie zwracaliśmy uwagę na to, że obecnie uchwala parlament ustawy, które stanowią wprost kwestyę bytu lekarzy. Jeżeli teraz nie połączymy się z Kolegami w innych krajach Austryi, jeżeli nie staniemy murem przeciw zakusom różnych demagogów, którzy naszym kosztem chcą udawać filantropów i ubezpieczać wszystkich na wypadek choroby, zmniejszyć lekarzom ich już i tak nędzne dochody i uczynić z nich niewolników kas chorych, — to stoczymy się do rzędu najbardziej wyzyskiwanych pracowników. Nie wystarczy oburzać się w pismach lekarskich na niesolidarnych Kolegów, którzy nie poddają się uchwałom Izb lekarskich, nie wystarczy narzekać po kątach na złe czasy. Mężczyznom przystoi walka ramię do ramienia. Kto się od niej wyłącza dla powodów, których boi się wyjawić, ten sam przeciw sobie występuje.

Wzywamy Kolegów jeszcze raz do przystąpienia do organizacyi. Pokażmy lekarzom innych krajów, że Galicya nie pozostaje w tyle! Spieszcie Koledzy, bo decyzya parlamentu zaskoczy nas lada chwila, a potem... potem będziemy mogli już tylko narzekać. *W.*

Związek państwowy organizacyi lek. austr. ogłasza, że lekarze pomocniczy szpitalni w Tryeście będą prawdopodobnie zmuszeni wypowiedzieć swe posady. Mianowicie na posady asystentów i sekundaryuszy w nowootwartym gminnym zakładzie obłąkanych nie podał się nikt z powodu zbyt nizkich płac; obecnie gmina chce zmusić sekundaryuszy szpitala powszechnego do pełnienia służby w zakładzie. Gdyby gmina przy tem obstawała, wszyscy lekarze pomocniczy szpitali gminnych w Tryeście ustąpią z posad. Na ten wypadek ostrzega Prezydyum Związku, by nikt z lekarzy nie przyjmował opróżnionych posad, ani zastępstwa. Odezwę tę podpisał imieniem Prezydyum Związku prezes Dr *Gruss*. *R.*

Ustawa o ubezpieczeniu urzędników prywatnych a lekarze. Kiedy swego czasu rząd ustawę tę zapowiedział, lekarze poczynili starania, żeby i ich, o ile pracują stale w kasach chorych, lub mają stałe posady prywatne, objęła ta nowa ustawa. Rząd obiecał to uczynić. A kiedy później ustawę tę rząd ogłosił, zjawiły się w praskim tygodniku lekarskim artykuły Dra Picka z Osieka, występujące przeciw temu, by pod ustawę tę podciągnięto lekarzy wogóle, a kasowych w szczególności. I wszczął się wtedy w sferach lekarskich znowu ruch przeciwny ustawie. Jedni byli jeszcze za ustawą (Dr Grün), inni byli jej przeciwni (Dr Pick). XII Wiec Izb lekarskich w Opawie zajął się tą sprawą, ale jej nie rozstrzygnął. Wezwał poszczególne Izby, by w porozumieniu z organizacyami jeszcze raz nad tą sprawą się zastanowiły i uchwały swe Wydziałowi gospodarczemu Izb lekarskich zakomunikowały. Wydział gospodarczy zaś miał ostateczne swe postanowienia w sprawie podciągnięcia pod tę ustawę lekarzy, lub też ich wyłączenia, przedłożyć XIII. Wiecowi Izb.

W wykonaniu tej uchwały zajęły się tą sprawą jeszcze raz prawie wszystkie Izby austryackie i wydały następujące opinie: Wiedeń: Ze względu na szkody, wyniknąć mogące z ustawy tej dla lekarzy i ze względu na wolny wybór lekarzy, którego się domaga większość lekarzy, jest Izba wied. przeciwną tej ustawie, a oświadcza się za utworzeniem ogólnej kasy ubezpieczeń dla lekarzy austr. Austrya dolna: Postanowienia ustawy tej nie nadają się dla całego stanu lekarskiego, a więc dla uniknięcia przymusu ubezpieczenia należy ubezpieczać się w prywatnych Towarzystwach asekuracyjnych. Austrya górna: Lekarze powinni starać się wszelkiemi siłami, by ich nowa ustawa nie objęła. Solnogród uważa ustawę za nieodpowiednią dla lekarzy. Styryi nie podoba się ta ustawa dla lekarzy kasowych, dla innych zaś należałoby ją odpowiednio zmienić. Tryest oświadcza się przeciw ustawie, radzi stworzenie własnego instytutu pensyjnego. Tyrol (niemiecki) nie widzi korzyści dla lekarzy, mających stałe posady. Lekarzom należy zostawić swobodę co do korzystania z ustawy. Przedarulania jest przeciwną ustawie. Czechy (sekcya niemiecka): Ustawę należy zmienić, lekarze kasowi jednak nie powinni podlegać obowiązkowi należenia do nowej instytucyi. Morawa (sekcya niemiecka i czeska) poleca do ubezpieczenia instytut zastępczy, a mianowicie morawski krajowy zakład asekuracyjny. Śląsk prosi Wydział gospodarczy, by poczynił starania, iżby lekarzy kasowych, mających stałą płacę, wyłączono z obowiązkowego ubezpieczenia. Galicya zachodnia upatruje korzyści w nowej ustawie, chociaż podnosi, że należałoby zmienić dla lekarzy niekorzystne postanowienia ustawy. Bukowina oświadcza się przeciw objęciu ustawą lekarzy kasowych, mających stałą pensyę i radzi stworzenie osobnego państwowego funduszu pensyjnego dla wszystkich lekarzy praktycznych.

Przeważna zatem większość Izb oświadczyła się za wyłączeniem lekarzy z szeregu tych, którzy postanowieniom ustawy podlegają. Tylko Galicya zachodnia i Morawy były za ustawą. Większość Izb radziła równocześnie stworzyć własny osobny fundusz pensyjny.

Sprawa ta stanęła znowu na porządku dziennym XIII Wiecu Izb lek. austr. w Pradze we wrześniu 1908 i tam oświadczono się przeciw ustawie z 16. grudnia 1906, jako nie odpowiadającej obecnym potrzebom i wymaganiom lekarzy (porów. »Przegląd« 1908 str. 525, sprawozdanie Dr Schoenguta). Uchwała Wiecu domaga się wprost, by z pod postanowień tej ustawy lekarzy wyjęto. Oświadczano się za ubezpieczeniem ogólnem i państwowem wszystkich lekarzy, do którego państwo ma się odpowiednio przyczynić. Tymczasem, nie czekając na głos lekarzy, wydał rząd postanowienia wykonawcze do ustawy pensyjnej i zażądał od kas chorych zgłoszenia lekarzy. Zgłoszenia te już dawno do władz wpłynęły. Przy tej sposobności zaznaczam, że wiele kas na zgłoszeniach lekarzy zaprotestowało także przeciw podciągnięciu lekarzy pod postanowienia tej ustawy, podając przytem różne motywy, chociaż prawdziwym motywem jest to, że nie chcą płacić za lekarzy wkładek. Protest Wiecu jest więc spóźniony; — cała nadzieja w tem, że i druga, znacznie liczniejsza, a na pewno więcej wpływowa grupa społeczna, a mianowicie handlowcy, również przeciw tej ustawie agituje i prawdopodobnie skłoni rząd do zmienienia ustawy. To też i lekarze powinni, póki czas, ściśle określić swe żądania i głośno i dobitnie przedłożyć je tam, gdzie należy. Żądania bowiem poszczególnych Izb i organizacyi nie są w sprawie tej dotąd ustalone. O ile z debat tu i ówdzie prowadzonych wnosić można, ma pośród lekarzy ubezpieczenie na starość i stałą niezdolność do pracy wogóle bardzo wielu zwolenników, chociaż z drugiej strony obecna ustawa o ubezpieczeniu urzędników prywatnych ich nie zadowalnia. *Stahr.*

Wydział gospodarczy austr. Izb lekarskich kooptował prezydenta »Państwowego Związku organizacyi lekarskich« Dra Adolfa Grussa, aby tem bardziej zbliżyć obie korporacye. Myśli tej należy przyklasnąć gorąco. *Stahr.*

Walka lekarzy niemieckich z Towarzystwami ubezpieczeń życiowych, podjęta przez związek lipski, zakończyła się umową polubowną, przez którą wprawdzie nie wszystkie żądania lekarzy zostały spełnione, wszelako lekarze osiągnęli znaczne korzyści. *R.*

Asystenci szpitali szwajcarskich utworzyli związek celem uzyskania poprawy bytu. Dotychczas pobierają asystenci

szpitalni w Szwajcaryi średnio 600—800 franków rocznie, prócz mieszkania i utrzymania, a w klinikach berneńskich otrzymują pierwsi (!) asystenci tylko 500 fr. płacy. *R.*

Organizacya państwowych urzędników sanitarnych. 12 grudnia 1908 odbyło się w Bernie mor. konstytuujące zgromadzenie krajowego Związku sanitarnych urzędników państwowych. Po wyborze prezydyum postanowiono jednogłośnie przystąpić do Związku państwowego austr. urzędników sanitarnych, który zatem obecnie obejmuje wszystkie kraje koronne Austryi. *Stahr.*

Do organizacyi lekarzy m. Wiednia przystąpiło do końca roku zeszłego 1870 lekarzy wiedeńskich. *E. S.*

Gromadne występowanie lekarzy wojskowych z armii austryackiej nie ustaje. Dziennik rozporządzeń wojskowych Nr 27 z r. 1908 donosi o złożeniu stopnia oficerskiego przez 8 lekarzy wojskowych. W ministeryum wojny znajduje się jeszcze około 30 podań tego rodzaju, ale ogłoszenia o ustępowaniu lekarzy rozłożono na kilka numerów dziennika rozporządzeń wojskowych. Dotychczasowy (30%) brak lekarzy w armii wzrośnie prawdopodobnie niedługo do 40%. *Stahr.*

Ankietę w sprawie gruźlicy w Bośni zamknięto w Serajewie po 4-dniowych obradach. Powzięto liczne uchwały w sprawie obowiązku donoszenia o chorych gruźliczych, w sprawie urządzenia sanatoryów, w sprawie założenia kraj. stowarzyszenia walki z gruźlicą, z filiami w każdym powiecie. Szczególną uwagę poświęcono higienie szkolnej. Między innemi poruszono myśl budowania szkół w lasach dla uczniów, zagrożonych lub dotkniętych gruźlicą. *Stahr.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 1. I. do 9. I. 1909 doniesiono o nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w pow. Bohorodczany (Markowa 10), Brzeżany (Chorobrów 2), Buczacz (Krasiejów 1), Jarosław (Ostrów 6), Jaworów (Zawadów 1), Kołomyja (Chomiakówka 1), Kosów (Chomczyn 5), Lisko (Krzywe ad Tworylne 1), Skałat (Orzechowiec 3, Rożyska 5), Stryj (Synowódzko 3), Turka (Jabłonka w. 2), Zborów (Daniłowce wyżne 1, Jezierna 1, Jarczowce 1); o s p y w pow. Brody (Popowce 1). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. I do 9. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 1 (w tem obcych 7 † 1), krztuśca 3, płonicy 8 † 2 (— † 1), odry 24 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 5 † 1 (1 † —), gorączki połogowej 2 † 2 (2 † 2). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 3. I. do 9. I. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (w tem obcych —), płonicy 28 † 4, duru brzusznego 1. *Dr Legeżyński.*

Epidemia duru szerzy się podobno po cholerze w gwałtowny sposób w Rosyi.

Dur powrotny zjawił się ponownie w Warszawie.

Wiadomości bieżące.

Delegacya Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, wykonując uchwały dwóch ostatnich Zjazdów, postanowiła zaprosić lekarzy polskich do zbierania s t a t y s t y k i g r u ź l i c y na obszarze ziem polskich, a to w okresie jednorocznym, o d 1. l u t e g o 1909, d o 1. l u t e g o 1910, tak, aby wynik badań mógł być opracowany i przedstawiony na najbliższym, w roku 1910 odbyć się mającym Zjeździe.

W tym celu, licząc w tem na pomoc Towarzystw lekarskich, prosi Delegacya wszystkich lekarzy, by zbierali dane o wszystkich, w tym czasie badanych przez siebie chorych na gruźlicę, według wzoru jednolitego, który dla Delegacyi opracował Dr Seweryn Sterling. Wzór ten ułożony jest tak, aby zbieranie statystyki jaknajwięcej ułatwić i uprościć do danych najważniejszych. Delegacya roześle wzór w ciągu lutego Towarzystwom lekarskim. Statystyka już wtenczas będzie użyteczną, jeśli będzie zupełną przynajmniej z pewnych okolic i miast (centrów fabrycznych i t. d.).

Kartek statystycznych, ujętych w bloczki kieszonkowe po 50 sztuk, aby je lekarze zawsze mogli mieć ze sobą, nie należy po wypełnieniu z bloczków wyrywać. Wypełnione bloczki uprasza Delegacya odsyłać na ręce Dra Sterlinga (Łódź, Piotrkowska 111) lub do sekretarza Delegacyi Prof. Ciechanowskiego (Kraków, Wielopole 4), do których też zwracać się należy po dalsze bloczki.

W s z y s t k i e p i s m a p o l s k i e u p r a s z a s i ę o p o w t ó r z e n i e n i n i e j s z e g o z a w i a d o m i e n i a.

Kraków. Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbyło się w d. 5. I. 1909. 1) W sprawie korespondencyi w »Głosie lekarzy«, zatytułowanej »Kapitulacya Izby lekarskiej«, uchwalił Wydział Izby zwrócić uwagę Redakcyi »Głosu« na niestosowność zamieszczania podobnych korespondencyi i uwag bez poprzedniego zawiadomienia Izby lekarskiej. 2) W sprawie Kasy chorych regulacyi Rudawy postanowiono zgodzić się na podane przez Dra M. warunki. 3) W sprawie powstać mającej apteki Kas chorych w Krakowie uchwalono wydać opinię, że taka apteka jest nieodpowiednią.

— Posiedzenie Rady honorowej Izby lekarskiej odbyło się d. 11. I. 1909. Miała się odbyć rozprawa przeciw Drowi K. z Z. Skutkiem jego choroby odroczono rozprawę do 29 b. m. Następnie odbyło się posiedzenie Wydziału Izby, na którem zajmowano się następującemi sprawami: 1) Uchwalono porządek dzienny na posiedzenie pełnej Izby w dniu 23. I 1909. 2) Dr M. z J. uskarża się, że sąd obwodowy nakazuje mu badać zawsze tylko w obecności sędziego. Uchwalono zwrócić się do władz odnośnych. 3) Przyjęto z zadowoleniem do wiadomości pismo sekcyi Jarosławskiej Tow. lek. gal., donoszące, że dzięki solidarności lekarzy udało się utrzymać na posadzie w pow. Kasie chorych Dra H. w Jarosławiu. 4) Kasie chorych w Przeworsku uchwalono donieść, że Izba nie zgadza się na podane przez nią warunki. 5) W sprawie zarej. Kasy zapomogowej w Jarosławiu uchwalono ogłosić ostrzeżenie i zwrócić się do tej Kasy z zapytaniem o powody usunięcia Dra T. 6) Drowi H. z M. w sprawie odmówienia honoraryum przez komendę wojskową uchwalono odpowiedzieć, że istnieje rozporządzenie, mocą którego lekarz miejski musi udzielać żołnierzom pomocy bezpłatnie. Jednocześnie uchwalono niesprawiedliwość tego rozporządzenia poruszyć na posiedzeniu pełnej Izby i na najbliższym wiecu Izb lekarskich. 7) Załatwiono szereg spraw drobnych.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 13. I. 1909 doroczne posiedzenie administracyjne, na którem Zarząd Towarzystwa przedstawił sprawozdanie za r. 1908, poczem wybrano sekretarzem stałym Dra D a m s k i e g o. Uchwalono wyrazić uznanie Zarządowi sanatoryum dla uczącej się młodzieży (Dom Zdrowia Bratnia Pomoc) w Zakopanem. Opracowanie zmiany statutu, mającej na celu złączenie Towarzystw lekarskich w Galicyi na zasadach autonomii, przekazano komisyi, złożonej z członków Zarządu Towarzystwa wraz z przewodniczącymi komisyi stałych i kolegami: Borzęckim, Landauem, Kostaneckim i Surzyckim. Po posiedzeniu nastąpiło odsłonięcie wizerunków wszystkich prezesów Towarzystwa od założenia (od r. 1866), przyczem przemawiał prezes Dr B o r z ę c k i.

— D. 11. I. 1909 wręczyła oficyalna deputacya Rady miejskiej, złożona z prezydenta Dra Leo, wiceprezydenta Dra Szarskiego, oraz przewodniczących wszystkich sekcyi Rady, pp.: Beringera, Prof. Bandrowskiego, Prof. Domańskiego, Epsteina, Klemensiewicza, Prof. Pareńskiego i Prof. Ponikły, profesorowi Drowi M. L. J a k u b o w s k i e m u dyplom obywatelstwa honorowego m. Krakowa.

— Rada miejska na posiedzeniu w d. 14. I. 1909 wybrała lekarzem naczelnym (fizykiem) miasta Dra Tomasza J a n i s z e w s k i e g o.

— Dyplom doktora wszechnicy krakowskiej uzyskał Dr Jan Władysław N e l k e n z Warszawy, asystent katedry neurologii i psychiatryi Uniw. Jag.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej wybrał na posiedzeniu w d. 18. XII. 1908 sekretarzem swym Dra Kwiatkiewicza, a skarbnikiem Dra Kohlbergera; oświadczył się za otwarciem nowych aptek w Złoczowie, Stryju i Stanisławowie i prywatnej apteki w Wielkich Oczach, a przeciwko otwarciu nowych aptek publicznych w Dolinie i Sokalu i prywatnej w Białym Kamieniu; uchwalił wezwać Dra Polończyka do rozprawy w d. 29. XII.; oddał taryfy lekarskie z Jarosławia i Drohobycza do referatu Drowi Papéemu. — Na posiedzeniu w dn.

29. XII. 1908 rozprawa Dra Polończyka nie odbyła się z powodu chwilowego wyjazdu jego ze Lwowa. Wskutek petycyi lekarzy drohobyckich uchwalono wezwać lekarzy tamtejszej Kasy chorych, aby wypowiedzieli swe posady od 1. IV. 1909. Przyjęto memoryał Dra Mikołajskiego w sprawie ustawy o chorobach zakaźnych; memoryał ten uchwalono przesłać Wydziałowi wykonawczemu Izb, aby zajął się opracowaniem i przedłożeniem rządowi życzeń wszystkich Izb austr. w tej sprawie, a zarazem postanowiono zwrócić się do Koła polskiego w Wiedniu o poparcie żądań, zawartych w memoryale. Wreszcie oświadczono się za otwarciem nowej apteki w Przemyślu i uchwalono na jednem z następnych posiedzeń rozpatrzeć szczegółowo sprawę obsadzania posad lekarskich.

— Wydział krajowy zwołał na 16. I. 1909 ankietę w sprawie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. Inicyatywa Wydziału krajowego w tej ważnej sprawie spotka się w kołach lekarskich z najżywszem uznaniem. W ankiecie mają uczestniczyć: szefowie departamentów sanitarnego i gminnego Wydziału kraj., Dr Bernadzikowski i p. Onyszkiewicz, protomedyk R. Dw. Dr Merunowicz, prezesi obu Izb lekarskich, Dr Festenburg i Schoengut, oraz Prof. Browicz, Ciechanowski, Kostanecki, Łukasiewicz i Dr Mikołajski (»Kuryer lw.«). Ankieta ma rozpatrzeć następujące punkta: 1) Czy i o ile żądać należy takich zmian w projekcie rządowym, któreby zastrzegały kompetencyę Sejmu, zamiast rządu centralnego do wydawania przepisów uzupełniających. 2) Które choroby oprócz wymienionych w projekcie należałoby wprowadzić do ustawy. 3) Jaką drogą i w jaki sposób mają być władze zawiadamiane o chorobach zakaźnych. 4) Sprawa odpowiedniego zorganizowania służby sanitarnej ze strony rządu i władz autonomicznych. 5) Sprawa rozdziału kosztów między gminy, kraj, a rząd. 6) Ewentualne wnioski uczestników ankiety.

— Na Walnem Zgromadzeniu Związku lekarzy rządowych we Lwowie uchwalono jednogłośnie na wniosek Wydziału, przedstawiony przez Dra Obtułowicza, — zamianować członkami honorowymi Radcę Dworu Dra Józefa Merunowicza i starszego lekarza powiatowego Dra Władysława Czyżewicza, a to w uznaniu ich znakomitych zasług, położonych dla Związku.

— W sprawie zapobiegania gruźlicy, szerzącej się wśród wychowanków zakładu sierot fundacyi hr. Skarbka w Drohowyżu, zwołał kurator fundacyi w d. 10. I. 1909 konferencyę, która oświadczyła się za utworzeniem w Drohowyżu szkoły leśnej (Waldschule), zamiast dotychczasowych warsztatów rzemieślniczych. W konferencyi uczestniczyli R. Dw. Dr Merunowicz, Prof. Gluziński, szef dep. V. Wydz. kraj. Dr Bernadzikowski, Prof. Halban, Dr Mikołajski, Dr Doboszyński i dyr. Lewicki i Schmidt.

— W klinice chirurgicznej R. Dw. Prof. Rydygiera wakuje stanowisko elewa z roczną remuneracyą 600 koron. Stanowisko to jest do objęcia zaraz.

Warszawa. Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało na r. 1909 prezesem Dra W. Gabszewicza, wiceprezesem Dra O. Hewelkego, kierownikiem pracowni Dra St. Serkowskiego, sekretarzem dorocznym Dra Ant. Majewskiego, jego zastępcą Dra T. Wilczyńskiego.

— »Medycyna« (Nr 2) ogłasza w całości odezwę członków Wydziału dobroczynnego Magistratu, mianowanych z pośród obywateli, t. j. Prof. Kosińskiego i pp. Natansona, Marconiego i Stępińskiego. Odezwa prostuje błędne mniemanie szerokich kół, jakoby z objęciem szpitali przez miasto, braki ich w krótkim czasie mogły być usunięte. Przeszkadza temu wadliwość obecnych ustaw szpitalnych, zbyt ciasna kompetencya magistratu w sprawach sanitarnych, a przedewszystkiem brak koniecznych środków. Niedobór szpitali za rok 1908 wyniesie już po potrąceniu dochodu z kapitałów i opłat za leczenie olbrzymią sumę 1,131,265 rb., a po potrąceniu dochodów specyalnych (z podatku szpitalnego, opłat od totalizatora) i t. d. jeszcze pozostanie ciężar 969.270 rb., spadający na kasę miejską oprócz części dawniejszych długów w kwocie 250,000 rb. W dochodach zaś brak miastu przeszło pół miliona rubli rocznie na utrzymanie szpitali w tym nawet stanie, w jakim obecnie się znajdują. To też pierwszym krokiem do poprawienia szpitalnictwa musi być uzyskanie nowych znacznych dochodów, a w tym celu opracował Wydział dobroczynny projekt nowego podatku szpitalnego, któryby zapewnił szpitalom 800,000 rb. rocznie. Nie mając jednak jeszcze na ten podatek zezwolenia, spełniał Wydział dobroczynny Magistratu zadanie swe w miarę możności: budżety szpitali rozdzielił równomierniej, wydał 100,000 rb. na poprawę budynków, podwyższył wydatki na przytułki położnicze, na żywienie chorych (z 22 kop. na 27½ kop. dziennie, t. j. o 25%, a każda kopiejka oznacza 10,000 rb. rocznie), personalu, ulepszył sposób dostaw do szpitali i zapomocą osobnych komisyi opracował szczegółowy program gruntownych reform. W końcu ostrzega odezwa przed zbyt pohopną krytyką i wzywa społeczeństwo do liczenia się z realnymi warunkami, w jakich pracować musi obecnie Wydział dobroczynny.

— »Gazeta lek.« (2) podnosi konieczność otwarcia nowourządzonego szpitala przy ul. Złotej, ponieważ wszystkie inne szpitale są chorymi przepełnione.

— Komisya, obradująca pod przewodnictwem Prof. Kosińskiego w sprawie pomnożenia miejsc w szpitalach warszawskich, ukończyła swe prace i przedłożyła Wydziałowi Dobroczynności Magistratu wnioski, streszczające się w tem, że liczba miejsc w szpitalach powinna wynosić najmniej 5000, a urządzenie szpitali: wolskiego, św. Rocha, św. Łazarza, praskiego i św. Jana Bożego wymaga udoskonalenia. W szczególności doradza komisya: 1) Wyjaśnić sprawę własności ogrodu warsztatów rzemieślniczych im. Staszica w celu nabycia przez Magistrat i wybudowania tam nowego szpitala wolskiego na 500 łóżek. 2) Przekazać Wydziałowi dobroczynnemu dom miejski przy ul. Złotej dla urządzenia w nim tymczasowego szpitala. 3) Na terytoryum szpitala św. Stanisława wybudować nowy pawilon na 50 miejsc, a także zaokrąglić terytoryum szpitalne przez kupno sąsiednich gruntów. 4) Skorzystać z wolnych placów na terytoryach szpitali Dzieciątka Jezus, żydowskiego i dziecięcego przy ul. Śliskiej celem zbudowania na nich po jednym pawilonie, na 100 miejsc każdy dla chorób wewnętrznych, a przy ostatnim szpitala dla zakaźnych chorób dzieci. 6) Przebudować 4-ty pawilon w szpitalu św. Ducha. 7) Przy budowie nowych szpitali i pawilonów należy urządzić oddział oczny na 50 miejsc dla dorosłych i dla 15 dzieci. 8) Zażądać zwrotu domu przy ul. Pokornej celem urządzenia tam szpitala na 200 miejsc. 9) Instytut mokotowski przeznaczyć na przytułek dla 100 nieuleczalnych. 10) Wybudować przytułek dla starych sług i wyrobników i utrzymywać go z funduszów kontroli służących. Urządzić sanatoryum dla suchotników w Pęcherach lub Mieni. 11) Ponieważ budowa nowych szpitali i przytułków ma być dokonana na terytoryach spornych, niezwłocznie wyjaśnić stronę prawną i wogóle uregulować tę sprawę. 12) Ulepszyć stare szpitale przez zaprowadzenie w nich oświetlenia elektrycznego, wentylacyi, ogrzewania, kanalizacyi i t. d.

— Gubernialną stacyę (pracownię) bakteryologiczną, głównie dla celów policyi weterynarskiej, założyło ministerstwo spraw wewn. w Warszawie, mianując jej kierownikiem p. Romana Czarnockiego, b. asystenta Prof. Gabryczewskiego w Moskwie.

— Donosząc, jako o objawie zdrowej ewolucyi, o łączeniu się pism ogólno-lekarskich między sobą (Kroniki lek. z Medycyną, Czasopisma lek. z Przeglądem lek.) celem rozszerzenia ram i podniesienia wartości wewnętrznej pism, podaje »Głos warszawski« (Nr 9) wiadomość, że toczą się obecnie rokowania w sprawie połączenia się »Medycyny« z »Gazetą lekarską«. Podobno ma być także wznowione wydawnictwo »Przeglądu chirurgicznego«. Wiadomość tę potwierdza »Gazeta lekarska« (2) o tyle, iż donosi, że »wkrótce zacznie wychodzić w Warszawie nowe pismo lekarskie, wydawane przez sekcyę chirurgiczną (Towarzystwa lekarskiego) łącznie z ginekologiczną«.

— Polski komitet badania i zwalczania raka w Warszawie otrzymał dotąd 187 wypełnionych schematów za I. półrocze 1908, a mianowicie z Warszawy 147, z Poznania 27, z Łucka na Wołyniu 13.

— Porządek dzienny posiedzenia Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 7. I. 1909 obejmował między innymi: nekrolog Prof. Hoyera przez p. J. Tura, wykład p. Weyberga: »Stan współczesny nauki o izomorfizmie«, nadto komunikaty pp. Wrońskiego, Banachiewicza i Gosiewskiego.

— Warszawa, z wielkich miast świata co do zaludnienia (751.595) zajmująca z rzędu miejsce siedemnaste, pod względem liczby urodzeń (27·7‰) stoi na miejscu siódmem, pod względem śmiertelności (19·2) — na czwartem (przed nią Moskwa 27·7, Petersburg 24·7, Peszt 20·2). Z płonicy umiera najwięcej osób w Petersburgu (58·6 na 100.000 mieszkańców), zaraz potem w Peszcie i Warszawie (43·2); z błonicy umiera w Warszawie 19·3, z duru 18·0, z gruźlicy 225·7, z raka 71·7. (Kur. warsz. 7).

— P. M. German, opracowując historyę dentystyki w Polsce, uprasza o udzielenie mu danych, prac, dokumentów, które będą zwrócone właścicielom. (Kron. dent. 1).

— Osady Gniewoszów i Granica odczuwają brak lekarza; najbliżsi lekarze mieszkają o 3 mile (w Kozienicach i Zwoleniu).

Z różnych stron. »Polski Związek lekarzy i przyrodników w Petersburgu« zaproszony do udziału w I. Zjeździe otolaryngologicznym w Petersburgu, był reprezentowany przy otwarciu Zjazdu (27. XII/9. I. 1909) przez prezesa Prof. Zaleskiego, który przemawiał imieniem »Związku«, oraz przez sekretarza Doc. Sowińskiego i Dra Eljassona. *S.*

— Zjazdy lekarskie, zapowiedziane na rok 1909: W marcu: Zjazd balneologów w Berlinie, 29. III.—2. IV. międzynarodowy Zjazd higieny szkolnej w Paryżu. W kwietniu: 2—7. międzynar. Zjazd okulistów w Neapolu; 4—10. międzynar. Zjazd hydrologiczno-klimatologiczny w Algierze; 18—22. Zjazd niem. Tow. urologicznego w Berlinie; 19—22. Zjazd internistyczny niem. w Wiesbaden; 23. niem. Zjazd neurologiczny w Kolonii, nadto Zjazdy niemieckie: rentgenologiczny, ortopedyczny, chirurgiczny w Berlinie, anatomiczny w Giessen, pedyatryczny w Wiesbaden. W maju: międzynar. Zjazd lekarski w sprawie wypadków nieszczęśliwych — w Rzymie. W sierpniu: międzynar. Zjazd dentystyczny w Berlinie; 29. VIII. do 4. IX. ogólny międzynar. Zjazd lek. w Peszcie. We wrześniu: Zjazd lekarzy i przyrodników niem. w Salzburgu.

— Na Zjeździe internistów w Wiesbaden (19—22. IV. 1909) głównym tematem obrad będzie: »Mineralna wymiana materyi w patologii klinicznej« (Magnus-Levy); Widal z Paryża wykładać będzie »O dechloruracyi leczniczej«, a Head z Londynu »O badaniu czucia«.

— Zarząd niemieckiego Towarzystwa samarytańskiego urządza zbiorowe badania w przedmiocie spostrzeżeń i doświadczeń przy gromadnych wypadkach nieszczęśliwych.

— Frekwencya zdrojowisk i uzdrowisk niemieckich wynosiła:

w roku	1903	1904	1905
w zdrojowiskach	567096	618196	670846
w kąpielach morza półn.	112202	130662	146323
w kąpielach bałtyckich	195696	220697	255832

Ilość wydanych w zdrojowiskach kąpieli wzrosła z 3,37 milionów w r. 1903, na 3,82 milionów w r. 1905; najwięcej kąpieli wydano w Nanheim 383.748 i w Kissingen 278.879 (w r. 1905). Butelek wód mineralnych rozesłano w r. 1903 11,44 milionów, r. 1905 — 12,54 milionów, nie licząc wód stołowych (90 do 108 milionów), z których sama »Appolinaris« rozchodzi się rocznie w 30 milionach butelek.

— »Christian Social Union Research Committee« w Londynie zebrało dane o wpływie wypoczynku położnic z klasy robotniczej na śmiertelność dzieci. Z 638 dzieci, których matki zajmowały się tylko gospodarstwem domowem, mogły więc po porodzie stosunkowo więcej wypocząć, zmarło tylko 34; ze 134 dzieci robotnic domowych zmarło 5, natomiast z 251 dzieci zarobnic (praczek, posługaczek i t. p.) — 38.

— W Anglii doszła liczba kobiet-lekarek już 750. Wiele z nich zajmuje stanowiska lekarzy szpitalnych, szkolnych, pocztowych. W Londynie jest nawet szpital o 60 łóżkach, którego personal lekarski składa się tylko z kobiet. Wielkie powodzenie mają kobiety-lekarki w Indyach angielskich.

— W uniwersytetach angielskich brak do dziś dnia wielu katedr specyalnych gałęzi medycyny. I tak n. p. tylko w jednej szkole lekarskiej (King's College w Londynie) jest osobna katedra laryngologii; w Edynburgu, Leeds i Manchester wykładają okulistykę, otyatryę i laryngologię, a w Edynburgu nawet i psychiatryę, tylko lektorzy.

— W Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem (K. K. Gesellschaft der ärzte) zawiadomił 18. XII. Doc. Landsteiner, że powiodło mu się przez wstrzykiwanie rdzenia z przypadku zapalenia szarej substancyi rdzenia (poliomyelitis acuta) wywołać u 2 małp takieżsame zapalenie ze znamiennymi objawami klinicznymi i anatomicznymi; próby na innych zwierzętach i próby hodowli dały wynik ujemny.

— Z końcem r. 1908 było w całej Austryi (wraz z Bośną i Hercegowiną) 12,278 lekarzy (w r. z. 12,041), z nich w Galicyi 1462 (1472), na Śląsku 252 (254); we Lwowie było lekarzy 334 (339). Wśród krajów koronnych Austryi stoi Galicya co do liczby lekarzy na trzeciem miejscu po Austryi dolnej (3674) i Czechach (2953); Lwów wśród miast stołecznych stoi również na miejscu trzeciem po Wiedniu (2946) i Pradze (499).

— Baron Lenval utworzył z okazyi III. międzynarodowego Zjazdu otologicznego fundacyę konkursową, z której co 4 lata przyznawana będzie nagroda za najlepszą pracę z zakresu anatomii, fizyologii lub patologii narządu słuchu. Prace konkursowe należy przesyłać najdalej do końca lutego 1909 na ręce Prof. Politzera w Wiedniu (Gonzagagasse 19). Do sądu konkursowego należy z Polaków Dr Benni z Warszawy.

— »Duńskie Towarzystwo pedyatryczne« zawiązało się w listopadzie r. z. w Kopenhadze.

— Dyplom doktorski uzyskał w Lipsku warszawianin p. Bernard Szpinak.

— Dyplom lekarski rosyjski uzyskała p. Anna Erlichówna, warszawianka, Dr med. wydziału paryskiego.

Zmarli: w Moskwie znakomity chirurg Prof. P. Diakonow, gorący zwolennik wzajemnego zbliżenia się lekarzy słowiańskich, popierający myśl równouprawnienia wszystkich języków słowiańskich na każdym ze Zjazdów lekarskich słowiańskich; b.prof. ginekologii Preuschen w Gryfii.

Dr Stanisław Bergier w 78 r. ż. w Warszawie; Dr Kazimierz Nitowski w 41 r. ż. (na dur plamisty) w Czarnym Ostrowiu na Podolu; Dr Wołodźko w Moskwie.

Zapiski bibliograficzne. Czasopismo »Blätter für klinische Hydrotherapie«, wychodzące od r. 1891 w Wiedniu pod redakcyą prof. Winternitza, przekształciło się od Nowego Roku 1909 w »*Monatsschrift für die physikalisch-diätetischen Heilmethoden*« i wychodzić będzie nakładem znanej księgarni Lehmanna w Monachium pod redakcyą Dr Marcuse z Monachium i doc. Dr A. Strassera z Wiednia. W liście stałych współpracowników znajduje się doc. Dr Kowalski ze Lwowa. Pierwszy zeszyt znacznie rozszerzonego miesięcznika zawiera prace oryginalne profesorów: Winternitza, Noordena, Baelza, doc. Herza, Strassera, dr. Groedla, Roemholda, Marcuse i Bircher-Bennera, obfity dział streszczeń i sprawozdania z nowych dzieł. *R.*

Jakób Glass. *Alkohol a długość życia.* (Warszawa 1909). W broszurce niniejszej, która jako odbitka z »Przyszłości« ukazała się obecnie jako pierwszy zeszyt biblioteczki abstynenckiej, wykazuje G. na podstawie statystyk szkodliwy wpływ alkoholu na długość życia. Najcenniejszych dat dostarczają tu olbrzymie statystyki angielskich towarzystw ubezpieczeń na życie. Tak n. p. ze statystyki wielkobrytańskiego towarzystwa ubezpieczeń dowiadujemy się, że z przewidywanej ilości 100 zgonów, umiera w oddziale wstrzemięźliwych 71, a w ogólnym 96. Wskutek tego wiele towarzystw zniżyło nawet obecnie wstrzemięźliwym premie o 10—15%. Podobne wyniki dały także statystyki innych towarzystw w Anglii, Ameryce, Szwajcaryi i Niemieczech. *R.*

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.